Nr. 47. 24. listopada 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Eugenjusz BRZEZICKI. Kraków.

O dystonji czyli skurczu torsyjnym *).

Z Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan Piltz.

Spazm torsyjny jest chorobą, kóra mimo dość rzadkiego występowania doczekała się całego szeregu bardzo dokładnych i rzetelnie opracowanych monografij i większych prac. Z uczuciem zadowolenia należy stwierdzić, że głównie polscy uczeni zajęli się temi ciekawemi zaburzeniami motoryki, a prace Flataua i Sterlinga dalej Bregmana, Higiera i jeszcze kilku innych mają wprost podstawową wartość. W Polsce choroba ta nie przedstawia tak wielkiej rzadkości jak to bywa na Zachodzie i z pewnością każda z naszych klinik czy oddziałów szpitalnych mogłyby nam podobne przypadki nietylko pokazać, ale i podać liczne spostrzeżenia. Dlatego też dokładne opisanie tej choroby i zestawienie całej literatury jak to zwykle bywa przy opracowywaniu referatów, uważałem za zbyteczne, tembardziej, że w bieżącym roku głównym tematem Międzynarodowego Zjazdu w Paryżu był również skurcz torsyjny, gdzie można znaleść opracowanie piśmiennictwa doby ostatniej. Dziś chciałbym Państwu podać tylko krótkie zestawienie najnowszych zapatrywań na tę chorobę i dodać kilka wniosków, uzyskanych na podstawie dużego materjału z Kliniki Neurologicznej U. J. w Krakowie. Nasz materjał obejmuje kilkanaście przypadków dystonicznych, dokładnie klinicznie zbadanych i jeden przypadek, zbadany anatomicznie.

Piśmiennictwo doby ostatniej wypełnione jest pracami autorów, którzy zajmują się głównie uzgodnieniem poglądów na spazm torsyjny w następujących kierunkach:

1) Czy dystonja jest jednostką chorobową czy też raczej syndromem?

2) Czy jest chorobą dziedziczną?

3) Czy jest — że tak powiem — abiotrofją wyłącznie rasy semickiej?

4) Czy przez dystonję należy rozumieć tylko klasyczne przypadki, opisane pod nazwą *dysbasia lordotica* i spazmu torsyjnego, czy też należy ten syndrom ująć szerzej?

5) Czy znalezione dotychczas zmiany anatomiczne są charakterystyczne dla tej choroby?

Jest rzeczą oczywistą, że dawniejsi autorowie uważali spazm torsyjny za chorobę *sui generis*. Od czasu jednak, jak nasz naukowy słownik wzbogacono nowym terminem „syndromu" wyrażającego określenie pewnych objawów klinicznych bez względu na etjologję, ewolucję i lokalizację anatomo-patologiczną, a zwłaszcza od czasu Vogtów, którzy znowu od anatomo-patologicznych, a więc morfologicznych danych *(états)* chcieli uzależnić obrazy kliniczne, od tego czasu wiele obrazów chorobowych w neurologji starano się określić nazwą syndromu. Rzecz oczywista nie zawsze szczęśliwie; np. wysiłki Vogtów utrzymały się tylko w części. Jednak, jeśli chodzi o dystonję to prawie wszyscy autorowie nawet tacy, którzy przez dystonję rozumieją jedynie tylko objawy, opisane przez Ziehena i Oppenheima nie uważają jej za jednostkę chorobową, tylko za syndrom w szerokiem tego słowa znaczeniu. Na zmianę zapatrywania wpłynęło przedewszystkiem uznanie przez większość bliskiego pokrewieństwa tego stanu z innemi schorzeniami pozapiramidowemi, jak z chorobą Wilsona, pseudosklerozą, atetozą, pląsawicą Huntingtona, a nawet z parkinsonizmem. Takie wrażenie przynajmniej odnosi się czytając prace Bonhoeffera, Flataua i Sterlinga, Jeliffe'a, Oppenheima, Pollock'a, Spiller'a, Strümpla, Stertza, Sicard'a, Souque et Bertrand'a, Taylora, Thévénard'a, Wimmera i wielu, wielu innych.

Od czasu poznania stanów powstałych po nagminnem zapaleniu mózgu, w których zjawiają się czasami objawy dystonji, od czasu, jak do dystonji zalicza się nietylko stany klasyczne, ale i stany o hyperkinezach bardziej różnorodnych, składających się raczej z mięszaniny ruchów atetotycznych, pląsawiczych, myoklonicznych i ticków, od tego czasu jest niemożliwem uważać „dystonję" za jednostką chorobową. Obecnie cały szereg poważnych badaczy opisuje takie przypadki — nazwijmy je narazie atypowemi — zaliczając je do syndromu dystonicznego. I tak między innemi, opisano przy spazmie torsyjnym pierścień rogówkowy Fleischera, śmiech i płacz przymusowy, zaburzenia mowy i połykania, zajęcie hyperkinetyczne mięśni twarzy, sztywność, przypominającą chorobę Wilsona, drżenie i inne tym podobne objawy, nie należące zasadniczo do obrazu dystonji, opisanych przez pierwszych autorów. Nawet rzekomo tak typowy przypadek Richtera sławny z tego powodu, że był sekcjonowany, wykazywał spastyczny niedowład połowiczy. Wystarczy zresztą przeczytać paryski referat o spazmie torsyjnym Wimmera, by nabrać przekonania, że prawie wszyscy autorowie nie uważają spazmu torsyjnego za jednostkę nosograficzną. tylko za zespół chorobowy. Mam wrażenie, że największe podobieństwo wykazuje dystonja względnie spazm torsyjny — do atetozy. Zresztą dla Foerstera, Jakoba, Thévénard'a, Rosenthala i Wimmera spazm torsyjny i atetoza to prawie te same stany.

Kehrer, poważny znawca nauki o dziedziczności, zajmował się ostatnio sprawą dziedziczności spazmu torsyjnego. Otóż zdaje się, że nie omylimy się bardzo, jeśli powiemy, że właściwej dziedziczności w tej chorobie niema zupełnie, a niektóre, t. zw. dodatnie przypadki Mendla, Rosenthala, Prismanna, Freunda, a ostatnio Mankowsky'ego i Czerne'go nie mogłyby się ostać, jeślibyśmy je poddali ścisłej analizie. Należy jednak przyznać, że w rodzinach dystoników spotyka się czasami zaburzenia aparatu tonicznego lub zaburzenia hyperkinetyczne, czyli, że ewentualnie mamy w tych przypadkach jakąś „abiotrophię" układu motorycznego lub aparatu tonizującego, która w pewnych tylko warunkach może wyrodzić się w spazm torsyjny. Kehrer i Wimmer, omawiając dziedziczność w przypadkach Wechslera i Brocka, Dawidenkowa, mają pewne zastrzeżenia co do rozpoznania uważając je raczej za „degenerację hepato-lenticularną". Na podstawie piśmiennictwa zatem nie mamy narazie dostatecznych dowodów, by spazm torsyjny uważać za heredo-degeneratywną chorobę.

Ogólnie biorąc, miało się wrażenie, że spazm torsyjny jest chorobą wyłącznie rasy semickiej. Otóż w ostatnich czasach opisano liczne przypadki dystonji, u Amerykanów, Niemców, Francuzów, Polaków, Szwedów i Duńczyków. Mam jednak wrażenie, że mimo tych kilkunastu opisanych przypadków dystonji u osobników pochodzenia aryjskiego przecież większość idjopatycznych dystoników należy do rasy semickiej.

Jeśli przejrzymy dokładnie piśmiennictwo, to przekonamy się, że różni autorowie — zależnie od symptomatologji swoich przypadków — używali różnych nazw dla określenia syndromu dystonicznego. Oppenheim użył niezwykle celowo nazwy *dysbasia lordotica* dla przypadku dystonji o przewadze objawów lordozy z zaburzeniami chodu, a Flatau i Sterling, zwróciwszy główną uwagę na skręcające i ciągnące ruchy, spotykane u ich chorych, nazwali przypadki dystonji spazmem torsyjnym. Jednakże nie we wszystkich przypadkach dystonji mamy lordozę i nie we wszystkich przypadkach, opisanych jako spazm torsyjny, spotykamy się głównie z objawami kurczowemi. Do objawów opisanych przez Ziehena i Oppenheima, do objawów, tak po mistrzowsku sprecyzowanych przez Flatau'a i Sterlinga, dołączono jeszcze inne objawy dystonji, blisko tamtych stojące i częściowo płynnie, przechodzące w poprzednio wymienione objawy, tak, że siłą faktu musi się raczej utrzymać wprowadzona przez Oppenheima nazwa, szerzej obejmująca wszystkie dotychczas opisane przypadki. Mam wrażenie, że zupełnie niepotrzebnie utożsamia się narazie te 3 nazwy, gdyż tak dysbasia jak i spazm torsyjny mieszczą się raczej w dystonji i przedstawiają poddziały tego ciekawego zespołu. Dystonję należy bowiem uważać głównie za zaburzenie napięcia mięśniowego, cechujące się ciągnącemi, skręcającemi ruchami tułowia i równocześnie także i w kończynach występującemi hyperkinezami, powstającemi przez bardziej lub mniej ciągłą naprzemienność *(alternance)* unerwienia mięśni,, przez co przychodzi bądź do hypotonji bądź do hypertonji co daje obraz tego prawdziwego *„spasmus mobilis"*. Ten skurcz występuje zresztą czę-

*) Referat główny sekcji neurologicznej XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

ściej w tułowiu niż w kończynach (Wimmer). Nie zawsze jednak można to zauważyć. Na podstawie własnych przypadków mam wrażenie, że dystonja jest często hyperkinezą mięśni tułowia w której jeden powolny ruch mimowolny jeszcze się nie ukończył zupełnie, a już powstał drugi, co powoduje zlewanie się poszczególnych, spontanicznych ruchów, które są bardzo podobne do atetozy. Te zlewające się ruchy powodują najczęściej zupełne zniesienie znanego prawa Sherringtona naprzemiennego unerwienia *(Reciproke Innervation)*. Oprócz tych powolnych atetoidalnych ruchów spotyka się jednak często nagłe zwiotczenie mięśniowe, które przerywają raptownie te ciągnące, skręcające hyperkinezy.

Jest rzeczą ważną, że dowolny ruch mięśniowy wpływa wybitnie na zaburzone synergje mięśniowe, przez co ma przychodzić do tak zw. dystonji ułożeniowych *(dystonies d'attitude)*, podkreślanych przez francuskich autorów. Nie należy też uważać dystonji jedynie za wynik zmienności unerwienia mięśniowego. Pierwsi Wechsler i Brock oraz Thévénard podkreślili splecenie się zaburzeń kinetycznych z zaburzeniami tonusu postawnego, które są zasadniczemi składowemi dystonji. Ta teorja jest uzasadniona tembardziej, że cały szereg autorów (Morgue, Bing und Schwartz, Foerster, Wimmer, Thévénard i t. d.) opisał skurcz torsyjny, przypominający swojemi cechami sztywność wymóżdżeniową Sheringtona.

W ostatnich czasach zaliczono do dystonji jeszcze i segmentarne zaburzenia tonusu w mięśniach szyji i głowy, które dotychczas nazywano *torticollis*. Również i t. zw. *Krampusneurose*, opisana przez Wernickego, Wollenberga i Foerstera należy uważać za segmentarną dystonję, umiejscowioną w pośladkowych mięśniach podudzia.

Widzimy zatem, że do pierwotnych obrazów, opisanych pod nazwą *dysbasia lordotica*, dodano z biegiem czasu — po dokładniejszem poznaniu mechanizmów ruchowych, powodujących tę chorobę, formy identyczne co do charakteru mające jednak nieco odmienną symptomatologję, np. kyphoskoliotyczną, wymóżdżeniową, *torticollis*. W ten sposób rozszerzono znacznie obszar tego syndromu. Również i poznanie *encephalitis epidemica*, która jak się okazało jest prawdziwą kopalnią najróżnorodniejszych postaci zaburzeń pozapiramidowych, wpłynęło na to, że dystonję uważa się za syndrom a nie za jednostkę chorobową. Pokazało się bowiem, że w przebiegu parkinsonizmu lub nawet innych chorób może również przyjść do przejściowych zaburzeń toniczno-hyperkinetycznych, odpowiadających objawom dystonji.

Niezmiernie ciekawy jest kliniczny rozwój spazmu torsyjnego. Niestety, takich przypadków, w których zdołano zebrać dokładne wiadomości co do dalszego ich przebiegu, jest stosunkowo mało. Jest rzeczą ciekawą, że — o ile mi wiadomo — z dotychczas opisanych przypadków zdaje się tylko 2 przypadki Barkmanna a także Richtera zachowały do śmierci bez najmniejszej zmiany pierwotne objawy skurczu torsyjnego. Należy jednak dodać, że przypadek Richtera, który, nota-bene, stał się wprost sławnym, z powodu przeprowadzonego histologicznego badania, jest uważany za atypowy, a był za życia rozpoznawany z początku za pląsawicę, lub atetozę, a dopiero przed śmiercią za dystonję. Wszystkie inne znane mi przypadki dystonji, których jest mniejwięcej kilkanaście, zmieniły swój wygląd symptomatologiczny, przemieniając się z biegiem czasu przeważnie w sztywność pozapiramidową o charakterze parkinsonowskim lub choroby Wilsona. Dlatego słusznie podnoszą różni autorowie, że ten polimorfizm kliniczny w przebiegu dystonji przemawia raczej przeciw ujęciu dystonji jako jednostki nosologicznej.

Mam zatem wrażenie, że wyrażę ogólne dążenie jeśli zaznaczę, że tak *dysbasia lordotica*, jak i *kyphoscoliotica*, jak i formy wymóżdżeniowe i *torticollis*, — to tylko poszczególne podziały zlewających się ze sobą w jedną całość form jednego i tego samego syndromu dystonicznego. Jądro tego syndromu stanowi idiopatyczną postać dystonji w postaci dysbatycznej, lordotycznej lub kyphotycznej, a nawarstwienia składają się z form nabytych a więc dystonji symptomatologicznej.

Chciałbym teraz podać w skróceniu kilkanaście historji chorób dystoników ułożonych według etjologji.

1) Izak F. Her. 0. Obecna choroba miała się rozpocząć w 15 roku życia. Pierwsze objawy: zrywanie nóg podczas chodzenia i ciągnięcie nogi prawej za sobą. Chory jest dość sprytny jako kupiec jednak niezbyt inteligentny. Wszystkie mięśnie bardzo rozwinięte. W pozycji pionowej lordoza i skolioza w prawo. Napięcia mięśni zwłaszcza uda lewego bezowocne. Ruchy tułowiem są bardziej nagłe niż skręcające, polegają na wyginaniu się do tyłu i na przesuwaniu miednicy ku górze i ku bokom. W rękach ruchy atetoidalne, w nogach raczej pląsawicze. Przewaga hyperkinez w stawach dużych. Poza skurczami uwydatnia się raczej zmniejszenie napięcia mięśniowego. Podczas chodzenia nagłe zwiotczenia w nogach i przytupywania. Liczne współruchy. W twarzy widoczne ruchy mimowolne. Czasami ogólne przejściowe ułożenia wymóżdżeniowe. Wrażenia wzmagają hyperkinezę.

2) Sch. L., lat 14. Od 4 lat zaburzenie chodu, które się zaczęło od niezgrabności prawej nogi oraz niezgrabności ręki prawej. Po pewnym czasie wystąpiła silna lordoza, zwłaszcza podczas stania i chodzenia która po pewnym czasie ustąpiła miejsca skręcającym ruchom przechylania się ku przodowi z podnoszeniem głowy ku tyłowi, przyczem wystąpiły atetoidalno-pląsawicze to rzadkie, to powolne skręcania w kończynach, głównie prawej strony. Najczęstszym obrazem jest fragmentarne wymóżdżeniowe ustawienie ręki prawej i ustawienie nogi prawej w położeniu wyprostnem i w pozycji szpotawej. Podczas chodzenia, przytupywania i nagłe utraty napięcia mięśniowego w nogach, prowadzące do przysiadywania. Chory mówi, że jakby mu nogi podcinało.

3) Kr. Józef, lat 29. Od 21 r. ż. zaczęła słabnąć najpierw prawa noga, potem prawa ręka; podczas stania i chodu wystąpiła lordoza i skolioza prawostronna, głowę zaś ciągnęło ku tyłowi. Obraz się powoli stopniowo zmienił: Lordoza ustąpiła a wystąpiło powolne i skręcające przechylanie się ku przodowi. Głową zaczęło skręcać, tak jak przy *torticollis*, jednak raz w prawo raz w lewo. Wystąpiły niezbyt wybitne atetoidalne ruchy w rękach i nogach oraz zarzucanie prawej ręki za tułów. Prawa noga prawie stale w ułożeniu szpotawo-końskiem. Podczas chodzenia coraz silniejsze ściągania ku przodowi. Wyprostowanie jest możliwe jednak tylko na krótki czas. Napięcie mięśniowe poza kurczami normalne.

4) W. Antoni, lat 18. Od 12 r. ż. zauważyła matka, że syn gorzej chodzi z powodu osłabienia nogi lewej. Nieco później wystąpiło osłabienie ręki lewej z drżeniem. Następnie wystąpiły lekkie pląsawiczo-atetotyczne ruchy głównie w lewej ręce W nogach wystąpiła lekka sztywność. Podczas chodzenia lordotyczne wykręcania tułowia, a od czasu do czasu nagłe prężenia z jeszcze większą lordozą. Jakiś czas później wystąpił śmiech przymusowy i lekkie hyperkinezy w twarzy. Od roku utrudnienie wymawiania słów oraz objawy opuszkowe. Chory inteligentny. Przy końcu wystąpiły balistyczne ruchy w ręce lewej i objawy móżdżkowe w postaci dysmetrji i lekkiej asymetrji. Przed samą śmiercią toniczne skręcania szyji i tułowia o charakterze dystonicznym oraz okręcające ruchy (Rollbewegungen), które groziły wypadnięciem chorego z łóżka.

Nie wchodząc w szczegóły, które będą omówione na innem miejscu przedstawiliśmy skróty historji chorób 4 idjopatycznych form dystonji. Z tych przypadek I i II to formy odpowiadające klasycznym przypadkom *dysbasia lordotica*, III to *dysbasia kyphoscoliotica* z plikaturą ciała do przodu, a IV to forma w której należy podkreślić polimorfizm kliniczny. Do dysbasji lordotycznej z cechami wymóżdżeniowemi dołączyły się na kilka tygodni przed śmiercią objawy idiopatycznej abiotrofji dróg móżdżkowych charakteryzujące się dysmetrją i ataksją.

5) G. Edward, lat 6, od 2 lat zauważyli rodzice, że pacjent skręca nogę prawą do boku i do tyłu. Od czasu do czasu w nodze i ręce prawej zrywania. Później wystąpiły silne ściągania ręki prawej w położeniu wyprostnem i pronacji oraz skręcanie ku tyłowi. W nodze napięcia i hyperkinezy, które obecnie doprowadziły do ustawienia szpotawo-końskiego. Podczas chodzenia nasilająca się lordoza i lekkie ciągnące, skręcające ruchy tułowiem. Lekkie skręcania w twarzy. Ślini się. Śpiączki miał nie przechodzić.

Przypadek ten należy zdaniem mojem do grupy idjopatycznej, gdyż żadnej choroby gorączkowej nie dało się w wywiadach stwierdzić. Jednak wiek pacjenta oraz niektóre objawy mogą przemawiać także za nieśpiączkowem zapaleniem mózgu, niestwierdzonem w wywiadach.

6) S. Józefa, lat 13. W drugim r. ż. jakaś choroba gorączkowa. Od tego czasu stan jak obecnie. Nasilająca się lekko lordoza podczas chodzenia. Skręcające lekkie ruchy tułowia tak, że lewy bok idzie ku przodowi. Balistyczne ruchy lewą górną kończyną obok wymóżdżeniowego ustawienia. (Przyprowadzenie, wyprostowanie, pronacja). Tendencja do zarzucania górnej lewej kończyny ku tyłowi. W palcach nieco atetoidalnych ruchów. Lewa dolna kończyna w położeniu wyprostnem od czasu do czasu nagłe zwiotczenia mięśni prowadzące do przysiadających dysbatycznych ruchów. Liczne hyperkinezy w twarzy i w mięśniu szerokim szyji. W lewej górnej kończynie niezwykle wybitny dodatni odruch Magnusa i de Kleina (wyprostowanie górnej kończyny lewej obok skręcania twarzy w stronę lewą, zgięcie obok skręcania w stronę prawą).

7) P. Zofja, lat 21. W 18 r. ż. przechodziła ostrą chorobę gorączkową. Od tego czasu chybotanie w ręce prawej. Stan stop-

niowo coraz bardziej się pogarszał, wystąpiło osłabienie ręki i nogi prawej z hyperkinezami. Obecnie gdy stoi lub chodzi, toniczne napięcie w mięśniu szerokim szyji po stronie prawej, nasilająca się lordoza i skręcanie tułowiem tak, że prawa połowa wysuwa się lekko ku przodowi. W górnej kończynie prawej występuje nasilająca się lordoza i skręcanie tułowiem, tak, że połowa wysuwa się lekko ku przodowi. W górnej kończynie prawej występuje nasilające się dość bolesne przyprowadzenie, nadmierne wyprostowanie, najsilniejsza pronacja i odchylanie ręki ku tyłowi. Stopa w nadmiernem zgięciu podeszwowem nasilającem się najwyraźniej podczas leżenia. Zmienność napięcia mięśniowego w tych kończynach. Ateroidalne ruchy w palcach prawej ręki. Częste bóle w prawej połowie ciała. Gdy leży na prawym boku oraz we śnie napięcia i hyperkinezy znikają.

8) Z. Danuta, lat 4. Mając 3 lata zachorowała nagle na ostrą chorobę gorączkową. Od tego czasu stan jak obecnie: obrotowe ruchy tułowia w stronę prawą. Rączka prawa, w nadmiernem wyprostowaniu i w hyperpronacji. Rękę prawą można zgiąć biernie tylko po odwróceniu uwagi. Noga prawa w nadmiernem wyprostowaniu, stopa w nadmiernem zgięciu podeszwowem. Gdy zwraca twarz w stronę prawą wyprostowanie się nasila (pozytywny odruch Magnusa i de Kleyna).

Przypadek 6, 7 i 8 to przypadki połowiczej dystonji o typie wymóżdżeniowym, powstałe po ostrych chorobach gorączkowych, najprawdopodobniej po zapaleniach mózgu nie mających objawów nagminnego śpiączkowego zapalenia. Charakterystyczną cechą tych stanów jest przyprowadzenie, wyprostowanie i hyperpronacja kończyny górnej, często występujący odruch Magnusa i de Kleyna lordoza tułowia, nadmierne wyprostowanie kończyny dolnej, nadmierne zgięcie podeszwowe stopy. Często występuje skręcanie tułowiem.

9) S. Paweł, lat 48. W 38 r. ż. przechodził nagminne śpiączkowe zapalenie mózgu. Po 5 latach wystąpiło chybotanie głowy, które powoli zmieniło się w *torticollis* a następnie w skręcające ruchy tułowiem i szyją o charakterze dystonicznym. Ruchy te stale niepokoją pacjenta nawet w pozycji leżącej. Kończyny dolne bez zmian. Nie stwierdza się sztywności pozapiramidowej.

10) K. Wincenty, lat 25. W 21 r. ż. nagminne śpiączkowe zapalenie mózgu, od tego czasu czuje się usztywniony i powolniejszy zwłaszcza po stronie lewej Od kilku miesięcy po zrobieniu 3—4 kroków występuje coraz silniejsza lordoza i przechylanie się tułowia ku tyłowi i w prawo obok równoczesnego otwierania ust. Przechylanie to nasila się tak znacznie, że chory musi przystanąć inaczej upadłby do tyłu. Ruch zatem, który stwierdzamy polega na powiększeniu się lordozy i skręcaniu tułowia w tył i w prawą stronę.

11) G. Izak, lat 26, żyd. W wywiadach brak danych dla zapalenia mózgu. Jednak trudność marszczenia czoła, świecąca, amimiczna twarz, lekki ogólny parkinsonizm i drżenie przemawiają raczej za przebyciem t. zw. „forme fruste". Od kilku miesięcy występuje lordoza podczas stania, ustępująca w pozycji leżącej. Podczas chodzenia lordoza się nasila i chory przechyla się tułowiem coraz bardziej ku tyłowi.

Przypadki 9, 10 i 11 to przypadki dystonji po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu. Przypadek 9 jest o tyle ciekawy, że nie stwierdza się zupełnie parkinsonizmu w 10 lat po przebyciu zapalenia, natomiast stwierdza się skręcające ruchy tułowiem i szyją. Ponieważ te ruchy nie ustają w pozycji leżącej przeto są — że się tak wyrażę — atetozą mięśni tułowia, karku i szyji. W przypadku 10 i 11 można się mojem zdaniem dopatrzyć fragmentów wymóżdżeniowych.

12) H. Alfred, lat 7. Przed rokiem wystąpiły ogólne objawy ucisku śródmózgowego z wymiotami i bólami głowy, wskazujące na nowotwór mózgu. Po przybyciu na Klinikę — na podstawie szybko postępującego charłactwa, pewnych objawów móżdżkowych, zmniejszenia napięcia mięśniowego kończyn obok braku objawów ogniskowych rozpoznano mięsakowatość opon mózgowych. Sekcja potwierdziła kliniczne rozpoznanie. W przebiegu choroby wystąpiły przemijające objawy dystonji wymóżdżeniowej.

13) W. Wincentyna, lat 13. Od 5 miesięcy bóle głowy i wymioty. Nakłucie lędźwiowe i Roentgen wykazały wzmożony ucisk śródczaszkowy. Lekki niedowład prawostronny, wybitne objawy oponowe: Kernig +, Brudziński +. Rozpoznanie: Mięsakowatość opon mózgowych. Po nakłuciu lędźwiowem wystąpiło maksymalne zgięcie i przyprowadzenie kończyn górnych obok lekkiej pronacji, nadmierne wyprostowanie kończyn dolnych obok nadmiernego zgięcia podeszwowego stóp. Grzbiet w lordozie (objawy wymóżdżeniowe). Po chwili wystąpiły skręcające ruchy karkiem i tułowiem ze wzmożeniem i przemijającem zmniejszeniem napięcia mięśni. Ruchy te odpowiadały zupełnie ruchom spotykanym w skurczu torsyjnym. W palcach rąk widoczne czasami atetoidalne ruchy. Te ruchy torsyjne trwały około jednej doby. Sztywność wymóżdżeniowa trwała do tygodnia.

Przypadki 12 i 13 pozwalają mi na twierdzenie, że objawy wymóżdżenia opisane przez Wilsona oraz Zylberblast-Zandową oraz ruchy torsyjne mogą także powstać przejściowo w przebiegu nowotworowatości opon mózgowych.

Mimo, że te zaburzenia ruchowe nie są równoznaczne z idjopatyczną dystonją — mechanizm tych ruchów musi być z całą pewnością ten sam.

14) S. Eugenja, lat 17. Po grypie wystąpiły codziennie kilka godzin trwające ataki ruchów pląsawiczych w rękach. Po pewnym czasie ruchy stały się gwałtowniejsze i dłużej trwające i przemieniły się na gwałtowne rzucanie całego ciała. Po leczeniu, typ hyperkinez się zmienił, przyszło do skręcających ruchów tułowia i karku z maksymalnem wyginaniem się tułowia do tyłu. Ruchy te ustawały tylko we śnie. Z powodu innych cech histerycznych oddzielono chorą na oddziale psychjatrycznym. Po tygodniu ruchy znikły zupełnie.

15) M. Marta, lat 21. Zgłosiła się do Kliniki z hyperkinezą w postaci przechylania się ku tyłowi tułowia i głowy. Oprócz tego dużo objawów histerycznych. Powyżej opisane ruchy, to były nagłe to powolniejsze ciągnące, skręcające. Podczas chodzenia wytwarzała się wybitna lordoza nasilająca się podczas skręcań tułowiem. Postawiono djagnozę dystonji histerycznej. Chora oddzielona na oddziale psychjatrycznym straciła w krótkim czasie te ruchy.

Przypadek 14 i 15 to typowe dystoniczno-dysbatyczne hyperkinezy, znikające tylko we śnie, nasilające się podczas chodu. Rozpoznanie wahało się między nagminnem śpiączkowem zapaleniem mózgu a histerją, gdyż stany te wystąpiły w jednym przypadku po grypie, w drugim po „zaziębieniu". Oddzielenie i odpowiednie leczenie usunęło je szybko.

Wszystkie nasze przypadki dystonji były badane na odruchy szyjne, na odruchy szyjno-ułożeniowe, na formę wstawania (typ symetryczny, asymetryczny, forma prymitywna), na odruch Moro, na *phenomène de la poussée* i na prądy czynnościowe.

Dok. nast.

Dr. Helena SCHUSTERÓWNA, adjunkt Zakładu. Lwów.

Rakowatość miękkich opon mózgowych. Przyczynek do jej histogenezy.

Z Zakładu anatomji patologicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Nowicki.

Rozlana postać raka opon miękkich, t. zw. rakowatość opon, należy niewątpliwie do rzadkości. Prawdopodobnie zachodzi ona częściej, tylko nie bywa rozpoznawana i to tak klinicznie, jak anatomicznie, lub też bywa błędnie rozpoznawana jako sprawa zapalna. Co się tyczy miejsca wyjścia i pochodzenia tej rozlanej postaci raka opon miękkich, to nie jest ono dotychczas jasne i pewne i zależnie od zapatrywania poszczególnych autorów i od postępu wiadomości, dotyczących embrjologicznego rozwoju mózgu i opon, opisane przypadki podane są pod rozmaitemi mianami, jako *lymphendothelioma meningum, endothelioma, perithelioma i carcinoma.*

Przypadek przezemnie zbadany podaję już nie tyle z powodu rzadkości sprawy, ile dlatego, że udało mi się wykazać miejsce wyjścia nowotworu rozlanego, mianowicie z nabłonków splotu naczyniówkowego, i na tej podstawie mogłam go nazwać rakiem *(carcinoma).*

Przypadek dotyczył kobiety S. O. l. 57, leczonej i zmarłej na Oddziale nerwowym tutejszego Szpitala (Prym. Dr. Domaszewicz). Rozpoznanie kliniczne opiewało: *Tumor cerebri ad regionem baseos cranii.*

Sekcję zwłok wykonałam w Instytucie anatomji patologicznej dnia 15. XI. 1927 (Nr. prot. 905/27) w 20 godzin po śmierci.

Zwłoki kobiety wzrostu średniego, źle odżywionej, o budowie kośćca delikatnej. Skóra i błony śluzowe od zewnątrz widzialne blade, a na skórze tułowia stwierdza się nieliczne plamy pośmiertne.

Głowa: Czaszka jest prawidłowa, opona twarda jest zgrubiała i silnie napięta, a w jej zatokach żylnych znajduje się obfita krew płynna. W jamie czaszkowej stwierdza się znaczną ilość płynu jasnego, nieco mętnego. Mózg jest wielkości odpowiedniej, zwoje jego półkul są nieco przypłaszczone. Naczynia krwionośne na podstawie mózgu okazują dość rozległe zmiany miażdżycowe. Opony miękkie mózgu i móżdżku są wybitnie zgrubiałe i zmleczałe, a zgrubienia te mają miejscami charakter rozlany, miejscami ogniskowy, przy dokładnem oglądaniu nawet guzkowy. Te zmiany

stwierdza się przedewszystkiem dookoła naczyń, najwybitniej zaś zachodzą one na podstawie mózgu, na oponach móżdżku i rdzenia przedłużonego. Również opony rdzenia są zgrubiałe. Niestety, wyjęto tylko górną część rdzenia, tak, że niewiadomo, czy to zgrubienie dotyczyło opon całego rdzenia. Wśród opon miękkich, jakoteż pod oponami, można wykazać niewielką ilość nieco mętnego płynu. Na przekroju mózgu kora mózgowa jest dość wąska, dobrze odgraniczona, istota biała ciastowata i miernie ukrwiona. Wszystkie komory mózgu są w wysokim stopniu rozszerzone i wypełnione obfitym, przeźroczystym i nieco mętnawym płynem. Szczególnie komora III zawiera sporo płynu. Światło lejka w dnie komory III jest balonowato rozdęte a, uciskając na siodełko tureckie, wywołuje znaczne zcieńczenie kości siodełka i przylega silnie do przysadki mózgowej. Przysadka jest wielkości odpowiedniej, na przekroju zmian nie przedstawia. Most Varola, rdzeń przedłużony i część wyciętego rdzenia nie okazują na przekroju zmian widocznych. Odnogi śródmózgowe naczyniówki *(telae chorioideae)* i sploty naczyniówkowe *(plexus chorioideus),* są dobrze ukrwione, obrzękłe, mięsiste, zrośnięte z otoczeniem, szczególnie w zakresie komory III, tak, że po ich oderwaniu pozostają ubytki na ścianach komory.

Klatka piersiowa jest wąska, długa i płaska. Opłucna okazuje silne zgrubienia i zrosty w zakresie obu szczytów, szczególnie prawego. Płuca są rozdęte, na przekroju blade w szczytach, przedewszystkiem w szczycie prawym, stwierdza się liczne ogniska i guzki gruźlicze, częściowo serowate, otoczone dość zbitą tkanką łączną.

Gruczoły około-oskrzelowe są częściowo serowate. Tarczyca jest mała i blada. Serce jest rozszerzone, tętnica główna okazuje zmiany miażdżycowe, podobnie naczynia wieńcowe serca. Mięsień sercowy jest wiotki i kruchy.

Jama brzuszna: Ułożenie trzew jest prawidłowe. Otrzewna jest bez zmian. Śledziona jest mała na rozkroju blada. Nadnercza są wąskie i blade. Nerki są również blade. Wątroba jest mała i ma brzegi ostre, miąższ jej jest blady, o odcieniu czekoladowym. W żołądku i jelitach zmian nie wykazano, podobnie w narządach płciowych.

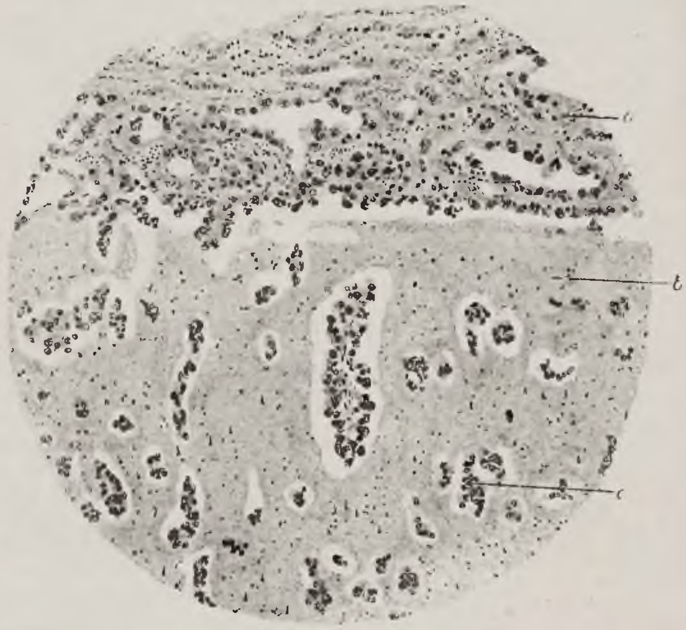
Rozpoznanie sekcyjne: *Leptomeningitis chronica fibrosa, praecipue ad basim cerebri. Hydrocephalus internus et externus maioris gradus. Atrophia e compressione sellae turcicae. Atherosclerosis cerebri, aortae et arteriarum coronarium cordis. Atrophia et dilatatio cordis. Emphysema pulmonum et tuberculosis chronica fibrosa lobi superioris pulmonis utriusque. Adhaesiones pleurales ambilaterales. Lymphadenitis tuberculosa caseosa glandularum peribronchialium. Atrophia et anaemia organorum.*

Za przyczynę śmierci należało przyjąć ogólne wyniszczenie i niedokrwistość, wywołaną starą sprawą gruźliczą w płucach i gruczołach, jakoteż przewlekłą sprawą zapalną w zakresie opon mózgu i rdzenia. Ponieważ jednak zmiany, stwierdzone na sekcji w zakresie mózgu, nie odpowiadały objawom klinicznym i rozpoznanie nasze nie odpowiadało obrazowi klinicznemu, przeto, wobec niewykazania klinicznie rozpoznawanego nowotworu obraz sekcyjny raczej odpowiadał sprawie gruźliczej, ponieważ w płucach i gruczołach stwierdziliśmy gruźlicę a w zgrubiałych oponach w kilku miejscach, jakby guzkowate zgrubienia, które jednak nie wyglądały na gruzełki, przeto dla wykluczenia gruźlicy przeprowadzono badanie drobnowidowe.

Do badania wycięto skrawki z różnych części kory wraz z oponami, i to z mózgu, móżdżku i rdzenia, wycięto również sploty naczyniówkowe z komory III i IV i obu komór bocznych, także wzięto do badania zwoje podstawowe, rdzeń przedłużony i rdzeń.

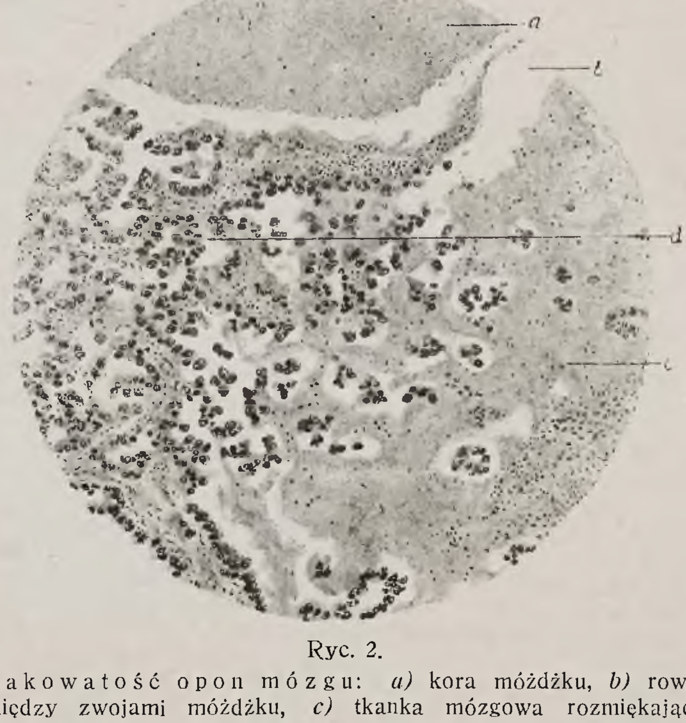
Badanie drobnowidowe dało wynik zupełnie nadspodziewany. Stwierdzono bowiem, co następuje:

Opony miękkie mózgu są wybitnie zgrubiałe. Wśród opon, przedewszystkiem w ich szczelinach, stwierdza się pasma i gniazda komórek niewątpliwie nowotworowych, układających się często dookoła szczelinek, podobnie jak komórki gruczołowe, tak, że na pierwszy rzut oka nowotwór robi wrażenie raka, i to raka gruczołowego. Komórki nowotworowe są wielkie, jednak rozmaitej wielkości, przeważnie postaci wałeczkowatej, niektóre kubiczne, okrągłe i wielopostaciowe. Jądra komórek są wielkie pęcherzykowate, silnie się barwią a zrąb chromatynowy jest wyraźny. W niektórych komórkach stwierdza się po dwa i więcej jąder. W komórkach można zauważyć często różnego rodzaju zmiany wsteczne, a więc zwyrodnienie wodniczkowe ich pierwoszcza lub jądra, zagęszczenie chromatyny jądra, a wreszcie zwapnienie całej komórki. Komórki poukładane są obok siebie dość luźno, pod postacią jednej warstwy, przeważnie nieprzylegają do tkanki podścieliskowej, miejscami ma się nawet wrażenie, jakby nie były z nią w związku. Gdzieniegdzie komórki odpadają i leżą luźno w świetle tych tworów gruczołowych. Nowotwór zajmuje tylko opony miękkie, które okazują zmiany włókniste, dość obfite nacieki drobnokomórkowe i zgrubienie ścian naczyniowych. Tu i ówdzie jednak można widzieć, jak komórki nowotworowe z opon drogą naczyń wnikają do kory mózgowej, układając się bądźto pod postacią jednej warstwy promienisto dookoła przydanki naczyń (Ryc. 1), bądź też tworzą twory gruczołowe dookoła naczyń. Te nacieki nowotworowe stwierdza się tylko w powierzchownych warstwach kory mózgowej. W móżdżku, gdzie zmiany w oponach były znaczniejsze, już przy badaniu gołem okiem i pod mikroskopem stwierdza się bardzo znaczne nacieczenie nowotworowe opon, a obfite gniazda komórek rakowych wnikają miejscami głęboko do kory móżdżku, nawet do warstwy ziarnistej. W tych miejscach granica opon i kory jest zupełnie zatarta a kora na wielkiej przestrzeni jest zniszczona przez tkankę nowotworową (Ryc. 2).



Ryc. 1.
Rakowatość opon mózgu: *a)* opony miękkie rakowo nacieczone, *b)* kora mózgowa, *c)* gniazda rakowe w korze mózgowej.
Ok. rys. Leitz II. Zeiss obj. AA.

Podobne zmiany, jak w oponach mózgu, tylko mniejszego stopnia, można było wykazać również w oponach górnych części rdzenia.

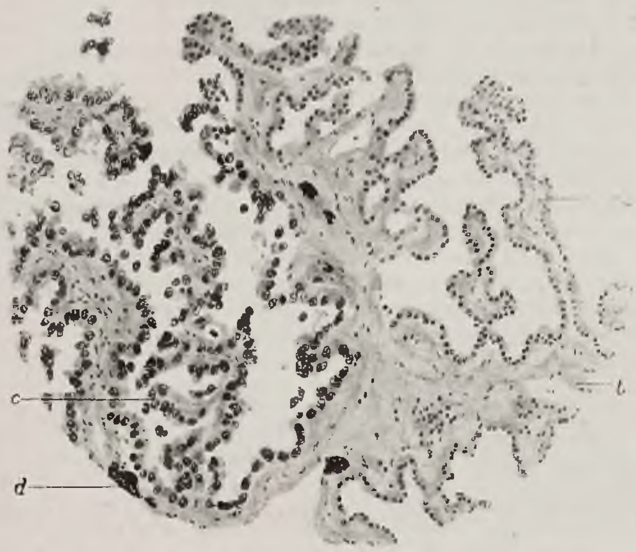


Ryc. 2.
Rakowatość opon mózgu: *a)* kora móżdżku, *b)* rowek między zwojami móżdżku, *c)* tkanka mózgowa rozmiękająca, *d)* tkanka rakowa, wnikająca głęboko w korę móżdżku.
Ok. rys. Leitz IV. Zeiss obj. AA.

Jak już wspomniałam, wzięto do badania drobnowidowego również sploty naczyniówkowe, pomimo, że gołem okiem badane zmian wybitniejszych nie przedstawiały. Zrobiono preparaty osobno ze splotów komory III, komory IV i komór bocznych.

Sploty komory III: Tkanka podścieliskowa splotów jest zgrubiała włóknista, częściowo szklisto zmieniona i miejscami rozlegle zwapniała, naczyń krwionośnych jest w niej mało, a ściany ich są zgrubiałe i szklisto zwyrodniałe. Wypustki splotów naczyniówkowych pokryte są jednowarstwowym nabłonkiem brukowym, którego komórki są przeważnie równej wielkości i okazują wyraźnie jądra ciemno się barwiące .W niektórych komórkach stwierdza się mniejsze i większe wodniczki. Miejscami można zauważyć, jak komórki nabłonkowe, pokrywające wypustki splotów, stają się wielkie i różne co do postaci, jądra ich są wielkie pęcherzykowate, nader intesywnie się barwią. W niektórych komórkach stwierdza się wodniczki niekiedy tak wielkie, że jądro zepchnięte jest do obwodu obrzękłej komórki i ma postać półksiężycowatą.

Tu i ówdzie komórki ulegają również zwapnieniu. Te tak zmienione nabłonki, jak nabłonek prawidłowy, pokrywają przeważnie jedną warstwą wypustki splotów naczyniówkowych, miejscami zaś nabłonek staje się wielowarstwowy i obficie odpada. Zmienione komórki nabłonkowe przypominają w wysokim stopniu nabłonki prawidłowe splotów naczyniówkowych, tylko, że nabrały one niewątpliwie cechy komórek atypowych, rakowych (Ryc. 3). W dalszym ciągu widać, jak nabłonek pod postacią pasm i gniazd i tworów jakby gruczołowych wnika do tkanki podścieliskowej splotów, a stąd do opon miękkich, i do tkanki mózgowej, szerząc się tutaj pod wyściółką komory III. Zauważyć także należy, że niekiedy komórki rakowe stają się wielkie okrągłe, jakby ulegały nawet rogowaceniu i przypominają komórki nabłonka płaskiego, jest to ważne z tego względu, że jak wiadomo, opisywano już raki płaskokomórkowe, wychodzące ze splotów naczyniówkowych.



Ryc. 3.

Rakowatość opon mózgu: *a)* nabłonki prawidłowe splotu naczyniówkowego, *b)* tkanka łączna splotu naczyniówkowego, c) nabłonki splotu zmienione rakowo, d) złogi wapnia. Ok. rys. Leitz II. Obj. Zeiss B. Tub. 5 mm.

W splotach komory IV stwierdza się również stare zmiany zapalne i nacieki nowotworowe, które następnie przechodzą już na opony miękkie móżdżku. W komorach bocznych po stronie lewej, sploty okazują tylko zmiany włókniste po stronie prawej zaś są one częściowo nowotworowe. Co się tyczy samego mózgu, móżdżku i rdzenia, zmian godnych uwagi nie wykazano.

Zestawienie: Badanie drobnowidowe opon mózgu i rdzenia, jakoteż splotów naczyniówkowych, wykazało obecność nowotworu złośliwego nabłonkowego o charakterze nabłonka wałeczkowego, szerzącego się rozlanie w oponach całego mózgu i rdzenia i przechodzącego częściowo na korę mózgową. Jako miejsce wyjścia sprawy należy uważać niewątpliwie sploty naczyniówkowe komory III. Widzieliśmy bardzo jasno i wyraźnie przejście nabłonka prawidłowego w nabłonek atypowy, następnie wnikanie nabłonka rakowego zmienionego do tkanki podścieliskowej splotów, stąd do opon miękkich i dalej do kory mózgu i móżdżku. Cały obraz przypomina raka żołądka lub jelit, w którym niekiedy, obok prawidłowego nabłonka, pokrywającego błonę śluzową, widać już częściowo nabłonek atypowy, który następnie wrasta do błony śluzowej i głębiej. Nowotwór znalazł dogodne warunki szerzenia się w wiotkiej tkance i szczelinkach opon miękkich nie wytwarzając nawet wielkiego guza w miejscu pierwotnego powstania. Największe zmiany okazywały opony móżdżku i podstawy mózgu, ponieważ one właśnie, jako pierwsze, były zajęte a zmiany tu powstałe należy uważać za najstarsze. Tutaj też sprawa nowotworowa miała charakter najbardziej złośliwy, zajmując już dość znaczne części kory móżdżku.

Opisany nowotwór, wychodzący ze splotów naczyniówkowych i szerzący się pod postacią rozlaną w oponach mózgu i rdzenia, należy, jak już wspomniałam, do rzadkości a jest on szczególnie uwagi godny dlatego, że udało się wykazać jego miejsce wyjścia. Jak widać, w przypadku tym ani sploty naczyniówkowe, ani opony mózgu i rdzenia, przy badaniu gołem okiem, nie robiły wrażenia nowotworu, dopiero przeprowadzone badanie drobnowidowe wykryło sprawę rakową. W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłam szereg przypadków, które tak z opisu makroskopowego, jakoteż drobnowidowego, przypominają w zupełności nasz przypadek, opisano je jednak z powodu niewykazania wyjścia sprawy pod rozmaitemi mianami jako *lymphendothelioma meningum, endothelioma, perithelioma* i *carcinoma*. Przytoczę je tutaj w krótkości.

Ebert był pierwszym, który opisał przypadek, podobny do naszego, w roku 1870. U kobiety 27 letniej, która cierpiała na silne bóle głowy, stwierdził on na sekcji w oponach miękkich drobne zgrubienia i guzki, występujące najwybitniej w oponach móżdżku. Zgrubienia te przedstawiały drobnowidowo utkanie nowotworowe, pod postacią śródbłoniaka, wychodzącego, według autora, z naczyń chłonnych opon mózgowych — śródbłoniak limfatyczny *(Lymphendothelioma)*. Komórki nowotworowe były wielkie, pęcherzykowate i zawierały pęcherzykowate jądra, niekiedy i więcej jąder. W płucach był przerzut.

Eppinger podał w roku 1875 następny przypadek. Wykazał on u mężczyzny 37 letniego, u którego klinicznie pojawiły się silne bóle głowy, wymioty, sztywność karku i porażenie kończyn, na sekcji zgrubienia guzkowate opon mózgu i rdzenia, przedewszystkiem na podstawie mózgu usadowione. Podobne zgrubienia okazywała opłucna i osierdzie. Eppinger rozpoznał drobnowidowo w utkanych guzkach utkanie śródbłoniaka.

W przypadku Nonnego wroku 1902 u dziewczyny 16 letniej klinicznie występowały: bóle głowy, karku, zaburzenia w połykaniu, nieregularne tętno, sinica i zaburzenia czucia w kończynach. Na sekcji wykazano rozlane i ogniskowe zgrubienia i zmlecenia opon mózgu i rdzenia, szczególnie na podstawie mózgu. Zmiany te jednak były tak nieznaczne, że makroskopowo trudno je było uważać na pewne za patologiczne. Pod mikroskopem zgrubienia ukazywały utkanie nowotworowe, składające się z wielkich komórek o jądrach pęcherzykowatych. Jako punkt wyjścia sprawy uważa autor śródbłonki przestrzeni chłonnych dookoła naczynia się znajdujących i nazywa swój nowotwór obłoniakiem *(perithelioma)*.

Haeger w roku 1911 opisuje przypadek, w którym klinicznie rozpoznawano jakąś zmianę patologiczną, toczącą się na podstawie mózgu, ewentualnie sprawę kiłową. Na sekcji stwierdził H. w zakresie opon mózgu i rdzenia jednolite, częściowo guzkowate zgrubienia występujące najwybitniej na podstawie mózgu i na oponach móżdżku. Autor stwierdził drobnowidowo w zgrubieniach utkanie nowotworu złośliwego, którego komórki były wielkie wielopostaciowe, miały pęcherzykowate jądra i okazywały nietypowy podział jąder. Utkanie było przegródkowe alveolarne i przypominało raka. Jako miejsce wyjścia nowotworu Haeger uważa śródbłonki pokrywające opony jakoteż przestrzenie chłonne międzyoponowe, i nazywa go dlatego śródbłoniakiem.

Lobeck podał w roku 1901 podobny przypadek jako *endothelioma primarium sarcomatosum alveolare piae cerebri et spinalis.* Klinicznie w przypadku tym wykazywano bóle głowy, tarczę zastoinową, ślepotę. Opony mózgu i rdzenia okazywały sekcyjnie niejednolite zgrubienia, brunatno zabarwione, szczególnie wybitnie w zakresie móżdżku występujące i przechodzące częściowo na korę mózgową. Pod mikroskopem zgrubienia przedstawiały tkankę nowotworową częściowo o budowie przegródkowej, częściowo bardziej jednolitej mięsakowatej, komórki nowotworowe były wielkie, okazywały pęcherzykowate jądra. Autor uważa, jako miejsce wyjścia sprawy, śródbłonki, wyścielające opony miękkie. Inni autorowie uważają nowotwory o podobnej budowie za raki i tak Fick zalicza t. zw. śródbłoniaki opon mózgu do raków, tylko ze względu na ich budowę drobnowidową i zachowanie się komórek. Według Ficka, histogeneza sprawy jest niejasna. Natomiast Krumbein twierdzi z całą pewnością, że komórki pokrywające błony surowicze i opony mózgu, są nabłonkami pochodzenia ektodermalnego, zatem tak zw. nabłoniakami opon, *rakami*. Meyer

opisuje dwa przypadki rozlanego nacieczenia rakowego opon mózgu i rdzenia, z częściowem wnikaniem nowotworu do tkanki mózgowej. W obu przypadkach autor nie mógł nigdzie wykazać pierwotnego guza z któregoby sprawa mogła wyjść.

Wellenweber podaje z roku 1923 przypadek rozlany raka w oponach mózgu i rdzenia. Zmianę tę stwierdzono u mężczyzny 39 letniego, który zmarł wśród ciężkich objawów mózgowych. Opony w tym przypadku były jednolicie zgrubiałe zmleczałe częściowo okazywały drobniutkie białawe guzki. Drobnowidowo stwierdził w zgrubieniach utkanie nowotworu złośliwego pod postacią raka.

Obok wymienionych przypadków rozlanego nowotworu opon mózgu i rdzenia, których budowa drobnowidowa przypominała utkanie śródbłoniaka lub też raka, jak w naszym przypadku, a których pochodzenie było dotychczas niejasne, opisane są jeszcze inne przypadki rozlanych nowotworów opon miękkich, które drobnowidowo przedstawiają utkanie typowych mięsaków krągłokomórkowych, i wychodzić mają z tkanki łącznej przydatki naczyń. Lecz o tych tutaj nie wspominam. W przytoczonych przypadkach, przypominających utkanie śródbłoniaków lub też raków, istnieje, jak widzieliśmy, w mianownictwie niejednolitość i niezgodność, która zależy przedewszystkiem od tego, że w żadnym ze zbadanych dotychczas przypadków nie wykazano punktu wyjścia sprawy, tak, jak w naszym przypadku. To też prawie ogólnie przyjmowano, że sprawa nowotworowa wychodzi z komórek pokrywających opony miękkie i ich szczelinki, i zależnie od zapatrywań i poglądów na pochodzenie tych komórek (sprawa właściwie do dziś dzień nie została jeszcze rozstrzygnięta) i na budowę anatomiczną opon, zaliczono nowotwory takie raz do śródbłoniaków, do obłoniaków lub też do raków.

Lewy napisał w r. 1921 większą pracę na temat rozlanych nowotworów opon mózgu i rdzenia, starając się wprowadzić pewien porządek i jednolitość w klasyfikacji nowotworów omawianych. Lewy jest zdania, że nowotwory o budowie podobnej, jak w naszym przypadku, wychodzą z komórek wyścielających opony mózgu. Ponieważ Lewy jest zwolennikiem teorji o ektodermalnem pochodzeniu tych komórek, zatem uważa nowotwory, wychodzące z nich za raki, tak, jak to już przyjmowała część autorów wyżej wspomnianych.

Nasz przypadek przypominał już na pierwszy rzut oka raka, lecz punkt wyjścia sprawy jest jasny. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że wychodzi on z komórek wyścielających sploty naczyniówkowe, zatem z komórek, których pochodzenie ektodermalne jest jasne i nie ulega wątpliwości.

Przytoczone przypadki, co do pochodzenia niejasne, tak sekcyjnie, jak drobnowidowo przypominają w wysokim stopniu nasz przypadek. Haeger podaje w swej pracy ryciny, zupełnie podobne do naszych obrazów, możnaby myśleć zatem, że także w tamtych przypadkach nowotwór wychodził ze splotów naczyniówkowych. Nie były one jednak prawdopodobnie badane, gdyż w pracach niema o tem wzmianki. A gdyby nawet były badane, lecz tylko częściowo, badanie to nie byłoby miarodajne, gdyż niekoniecznie musianoby natrafić na miejsce wyjścia sprawy rakowej. Dopiero dokładne badanie splotu każdego z osobna wykryło miejsce wyjścia nowotworu i rozjaśniło całą sprawę. Na przyszłość powinno się w podobnych przypadkach zwrócić szczególniejszą uwagę na sploty naczyniówkowe, również i wtenczas, gdyby nawet przy badaniu gołem okiem nie przedstawiały one zmian widocznych. Co się tyczy przyczyny bujania złośliwego nabłonków w splotach naczyniówkowych i powstania nowotworu, w naszym przypadku należałoby zwrócić uwagę na nacieki drobnokomórkowe i rozległe zmiany włókniste, nawet szkliste, w splotach naczyniówkowych, oponach miękkich i ich naczyniach. Jak wiadomo, nowotwory lubią powstawać na tle przewlekłych spraw zapalnych.

Należy jeszcze wspomnieć o nowotworach nabłonkowych, wychodzących ze splotów naczyniówkowych. Nowotwory takie są na ogół rzadkie a dzielimy je na postacie dobrotliwe i złośliwe. Postacie dobrotliwe przedstawiają się jako brodawczaki i pokryte są zwykłym nabłonkiem wałeczkowatym, lub też płodowym migawkowym. Niekiedy budowa tych brodawczaków jest bardziej złożona, komórki układają się pod postacią tworów gruczołowych i nadają nowotworowi charakter gruczolaka lub też grupują się dookoła naczyń, a nowotwory takie uważane są wówczas za obłoniaki *(perithelioma)*. Szczegół ten jest ważny z tego względu, że niektóre rozlane nowotwory opon mózgu uważane są za obłoniaki i możnaby myśleć o tem, że także wychodzą ze splotów naczyniówkowych.

Brodawczaki splotów opisali Vanwiller, Borschers, Natonek i Priesel. W przypadku Priesla komórki nabłonkowe zawierały obfity brunatny barwik. Raki wychodzące ze splotów naczyniówkowych, mogą również mieć budowę raka brodawczakowatego rzadziej gruczołowego.

H. Körner ogłosiła w roku 1919 przypadek raka brodawczakowatego, wychodzącego ze splotów naczyniówkowych komory IV, który pod postacią wielkiego guza wypełniał komorę IV, zamykając kanał Sywiusza i otwór Magendiego. Przy tej sposobności zestawiła autorka w piśmiennictwie podane raki splotów naczyniówkowych. Bardzo podobny do przypadku H. Körner jest przypadek Wuschheima badany przez Saxera. U mężczyzny 51 letniego stwierdzono w komorze IV guz, usadowiony na szerokiej podstawie, wychodzący ze splotu naczyniówkowego. Drobnowidowo nowotwór okazywał utkanie raka brodawczakowatego częściowo gruczołowego, i wnikał miejscami do rdzenia przedłużonego. O podobnym nowotworze, wychodzącym ze splotów komory IV wspomina Rokitański tylko że guz okazywał tutaj utkanie raka śluzowatego.

W przypadku Kaufmanna nowotwór wychodził z komory bocznej i miał wyraźną budowę pseudogruczołową.

Bielschowsky i Unger podają przypadek raka brodawczakowatego, wychodzącego ze splotów lewej komory bocznej, a wydzielał on obfity śluz. Również Ziegler przytacza w swym podręczniku rycinę raka brodawczakowatego, który powstał ze splotów komory III. We wszystkich przytoczonych przypadkach raka splotów naczyniówkowych nowotwór przedstawiał się pod postacią guza. Nasz przypadek drobnowidowo przypomina w wysokim stopniu przypadki wyżej opisane, różni się jednak o tyle od tamtych że nie wytworzył on guza w miejscu jego powstania, tylko wrasta do opon miękkich i szerzy się tutaj pod postacią rozlaną, przy badaniu gołem okiem niewidoczną.

Przypadek opisany zasługuje na uwagę:

1) Ze względu na rzadkość występowania nowotworów rozlanych w oponach mózgowych, prawie niewidocznych przy oglądaniu gołem okiem i nieodpowiadających jakiejkolwiek sprawie nowotworowej;

2) ze względu na wykazanie w miejscu wyjścia sprawy nowotworowej, mianowicie z splotu naczyniowego, czego dotychczas nie udało się wykazać w przypadkach podobnych;

3) ze względu na samą postać raka splotów naczyniówkowych pod postacią rozlaną gołem okiem niewidoczną i niedającą się rozpoznać, a nie, jak zwykle, pod postacią guza.

Piśmiennictwo.

Bielschowski i Unger: Arch. f. kl. chir. T. 81. — Borschers: Inaug. Diss. München 1909. — Ebert: Virch. Arch. T. 49. 1870. — Eppinger: Prager Vierteljahrschr. f. d. prakt. Heilk. T. 11. 1875. — Fieck: Virch. Arch. T. 208. 1912. — Haeger: M. f. Psych. u. Nerv. Nr. 30. 1911. — Kaufmann: Lehrb. f. d. spec. pathol. Anat. 1904. — Körner: Virch. Arch. 1919. — Krumbein: Virch. Arch. T. 249. 1924. — Levy: Virch. Arch. T. 232. 1921. — Lobeck: Inaug. Diss. Leipzig 1901. — Natonek: Virch. Arch. T. 218. — Nonne: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1902. T. 21. — Rokitansky: Prag. Med. Woch. 1856. — Vonviller: Virch. Arch. T. 204. — Wellenweber: M. Med. Woch. 1923. Nr. 38. — Wunschheim: Prag. Med. Woch. 1881. Nr. 29. — Ziegler: Lehrb. f. d. spec. pathol. Anatomie. II wyd.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. KAZIMIERZ CZYŻEWSKI. Lwów.

Wycięcie kiszki jako metoda wyboru przy skręcie esicy *).

Z oddz. chirurg. Państw. Szpit. Pow. we Lwowie.
Prym. Prof. Dr. T. Ostrowski.

Skręt esicy jest schorzeniem ciężkiem. Warunki operacyjne kształtują się tu zazwyczaj niepomyślnie, bo — skręt występuje głównie u ludzi starych około 50 lat i więcej; — niedrożność usadowiona nisko nie daje z początku objawów gwałtownych tak, że chorzy zgłaszają się dopiero po kilku dniach do chirurga, kiedy ściana kiszki poważnie już ucierpiała. Wszystko to razem składa się na wyniki nieimponujące. Statystyka śmiertelności waha się u nas i w innych wielkich oddziałach około 50%. Z pozostałych 50% część przypadków ulega nawrotom po zabiegach zapobiegawczych, część po wyłonieniu zgorzelinowej pętli skazana jest na stały odbyt sztuczny.

Usiłowania poprawy wyników muszą iść w dwu kierunkach: zabieg należy przeprowadzać możliwie lekko dla chorego w przypadkach z poważnym stanem ogólnym, — a operować doszczętnie, gdy siły chorego na to pozwalają.

*) Według referatu na XXV zjeździe chirurgów polskich w Wilnie.

Na naszym oddziale wykonujemy obecnie jednoczasowe wycięcie w znieczuleniu miejscowem, łącząc kikuty koniec z końcem. W przypadkach ciężkich ograniczamy się do odkręcenia esicy i opróżnienia jej zapomocą drenu wprowadzonego przez odbytnicę. W razie zgorzeli wycinamy esicę dwuczasowo.

Duże uzasadnienie ma metoda stosowana przez Glatzla*), który przy pierwszym zabiegu ogranicza się do odkręcenia i opróżnienia esicy, w 2—3 tygodnie później wycina ją przy drugim zabiegu „na zimno". Statystyka jego jest bardzo korzystna, bo na 17 przypadków w ten sposób operowanych nie wykazuje żadnego śmiertelnego. Sądzimy jednak, że przy naszym materjale szpitalnym mało znajdziemy chorych, którzyby się zgodzili na powtórny zabieg po kilku tygodniach, kiedy będą się czuli zupełnie dobrze. Toteż wolimy wycinać jednoczasowo, gdy warunki na to pozwalają. Sposób Glatzla możnaby natomiast doradzać w wypadkach, gdy po samem odkręceniu stan chorego w ciągu 2—3 tygodni na tyle się poprawi, że będzie mógł przetrzymać wycięcie kiszki.

Między prostem odkręceniem a doszczętnem wycięciem istnieje szereg sposobów zapobiegawczych przy operacyjnem leczeniu skrętu esicy. A to: — umocowanie esicy do ściany brzucha; — zabiegi wytwórcze na krezce; — zespolenie ramion pętli u jej podstawy. Wszystkie one nie spełniły pokładanych w nich nadzieji i narażają chorego na nawroty. O ile są to lekkie zabiegi wytwórcze, można je uważać za niepotrzebne, gdyż w wynikach swoich nie przewyższają prostego odkręcenia. Natomiast zespolenie podstawowe w przeciwieństwie do tamtych metod jest zabiegiem ciężkim, a mimoto nie zabezpiecza przed nawrotami. Na 13 zespoleń mieliśmy 3 zejścia śmiertelne i 3 nawroty czyli 46% wyników złych. Uważamy zabieg ten ze względów teoretycznych i praktycznych za nieusprawiedliwiony. Skracając przez zespolenie podstawę krezki, zwiększamy możliwość skrętu, którego warunkiem jest wąska podstawa i znaczna wysokość krezki. Jeżeli ponadto do ujemnego celu tego dojść trzeba drogą poważnego zabiegu, dyskredytuje to dostatecznie wartość zespolenia. Jednym z celów referatu naszego jest przestroga przed stosowaniem zespolenia, które przecież dość często bywa używane.

Przytoczę pokrótce przebieg naszych nawrotów po zespoleniu:

P r z y p. 1. Mężczyzna lat 57. w styczniu 1927 zgłosił się z dwudniowym skrętem. Stan ogólny był dość dobry. Wykonano zespolenie u podstawy esicy. W 8 dni świeża blizna pękła; jelita wprowadzono do brzucha; ranę zeszyto kilkoma węzełkami przez wszystkie warstwy i sączkowano zagłębienie Douglasa. Po miesiącu chory odszedł do domu. — W listopadzie 1928 tj. po 22 miesiącach nastąpił nawrót skrętu mimo licznych zrostów w jamie brzusznej. Esicę wyłoniono. Po 3 dniach śmierć z powodu zapalenia otrzewnej.

P r z y p. 2. Mężczyzna lat 31. W kwietniu 1927 zgłosił się z jednodniowym skrętem. Wykonano zespolenie. 17. dnia odszedł zdrów do domu. W październiku 1928 t. j. po 18 miesiącach nawrót. Esicę wyłoniono. W kilka miesięcy później zamknięto odbyt sztuczny: — wycięto otwór kiszki z powłok, zeszyto jego brzegi i kiszkę zapuszczono. Po 3 tygodniach odszedł zdrów.

P r z y p. 3. Mężczyzna lat 27. W listopadzie 1926 zgłosił się z pięciudniowym skrętem. Wykonano zespolenie. W styczniu 1929 tj. po 25 miesiącach nawrót. Esicę odcięto; korzystając z istniejącego zespolenia, zaszyto kikuty na głucho. Po 2 tygodniach odszedł zdrów.

Sądzę, że dla pierwszego przypadku byłoby zupełnie wystarczyło odkręcenie esicy, a w 2 następnych można było odrazu esicę wyciąć.

Wycięcie esicy jest bezwarunkowo zabiegiem poważnym i przetrzymać go mogą tylko przypadki z dobrym stanem ogólnym, zdrowem sercem, bez objawów zatrucia wskutek niedrożności (sterkoremji). Jeżeli przy tem zastosujemy znieczulenie miejscowe, a kikuty złączymy koniec z końcem, zabieg będzie trwał możliwie krótko, a organizm chorego dozna najmniejszego wstrząsu.

Wycięcie wykonujemy w sposób następujący:

Z n i e c z u l e n i e. Stosujemy zasadniczo znieczulenie miejscowe powłok w linji środkowej i to odrazu na dużej przestrzeni powyżej i poniżej pępka aż do spojenia łonowego. Często bowiem wydobycie rozdętej esicy wymaga cięcia na 20 cm i więcej. Cięcie musi schodzić nisko, gdyż krótkie ramię odprowadzające stanowi największą trudność techniczną. Uśpienie przy późnym wieku i dłużej trwającym wysokim stanie przepony z małą powietrznością dolnych płatów płuc jest tu szczególnie mało wskazane. Znieczulenie rdzeniowe przy częstej potrzebie przedłużenia cięcia powyżej pępka wymaga wysokiego punktu wkłucia; przy dłużej trwającej niedrożności jelitowej łatwo następuje wtedy ciężki zapad, który odrazu odstręcza operatora od zbyt energicznego postępowania i wogóle stawia wynik zabiegu pod znakiem zapytania. Natomiast znieczulenie miejscowe powłok z nastrzykaniem krezki esicy w miejscu przecięcia jest zupełnie wystarczające. Jedynie nie da się uniknąć bolesnego wydobywania rozdętej pętli. Przy szerokiem cięciu i równoczesnem mimowolnem parciu chorego trwa to krótko, a dla ogromnych korzyści, jakie to znieczulenie daje, można śmiało narazić chorego na tę krótką chwilę bólu. Nie potrzebuję dodawać, że bolesność tych czynności zależy w dużym stopniu od zręczności i delikatności w postępowaniu operatora.

Z a b i e g n a k i s z c e. Po wydobyciu esicy zeszywamy częściowo ranę w powłokach od góry. Pętlę odkręcamy i opróżniamy zapomocą grubego zgłębnika żołądkowego, używanego u nas do wysokich wlewań do kiszki. Treść okręconej kiszki stanowią zawsze gazy i płynny lub półpłynny kał. Z chwilą gdy otwór zgłębnika zatyka się kałem przepłukujemy go przez załączenie hegara. W ten sposób udaje się esicę dokładnie opróżnić i przepłukać. Potem pozwalamy jej wypełnić się powtórnie treścią wyższych odcinków kiszki i powtarzamy płukanie. Stwarza się w ten sposób bardzo korzystne warunki dla zabiegu i ułatwia wypróżnianie kiszki po operacji. Wybrawszy możliwie nisko miejsce do przecięcia kiszki nastrzykujemy linję cięcia na krezce 5—10 cm^3 1%novokainy. Okłuwamy krezkę 3—4 razy i przecinamy. Esicę wycinamy i łączymy kikuty koniec z końcem szwem dwupiętrowym, przykrywając linję szwów kałdunkami.

Łączenie bok do boku wymaga pozostawienia dość długich kikutów, które nie zawsze dadzą się uzyskać w granicach dostatecznie zdrowych. Sposób ten wymaga też dłuższego czasu. Wytrzymałość okrężnego szwu była u nas zawsze bez zarzutu. Nawet szew wykonany w tak trudnych warunkach, jak w przypadku (2) utrzymał się doskonale. Objawów zwężenia światła nie mieliśmy. Bardzo korzystną rzeczą dla gojenia się szwu jest w tym wypadku papkowata konsystencja kału, który zazwyczaj przez cały czas obserwacji szpitalnej (około 10 dni) nie stawał się zbitym. Tłumaczymy to z jednej strony obrzękiem ścian kiszki zstępującej, który zapewne przez dłuższy czas powoli ustępuje zapewniając treści kiszki dostateczne rozwodnienie dzięki utrudnionemu wsysaniu wody. Ponadto działamy w tym samym kierunku sztucznie wlewając zapomocą lewatyw kroplowych po 1—2 L dziennie płynu Ringera przez pierwsze 2—3 dni, potem stosując codziennie zwykłą lewatywę po 2 nawet 3 razy.

Wycięcia kiszki nie można jednak ryzykować, gdy dostaniemy chorego wyniszczonego wiekiem i kilkudniową niedrożnością z objawami zatrucia. Wobec ujemnych doświadczeń z wszystkiemi sposobami zapobiegawczemi najlepiej pętlę odkręcić, opróżnić i brzuch zaszyć, o ile oczywiście kiszka nie uległa zgorzeli. Wykonując zabieg ten w znieczuleniu miejscowem stawiamy siłom chorego tak minimalne wymagania, jakie tylko pomyśleć się dadzą przy dzisiejszej technice operacyjnej.

Odkręcenie esicy i wycięcie jednoczasowe mają zastosowanie tylko w wypadkach, gdzie ściana kiszki jest żywa i względnie zdrowa. Kiedy spotykamy się ze zgorzelą kiszki zabieg musi polegać na usunięciu esicy z jamy brzusznej. Stosujemy wtedy wycięcie dwuczasowe. Jeżeli już powstała zgorzel: to albo skręt trwał bardzo długo albo był bardzo silny. W pierwszym razie rozpoczęło się już zatrucie organizmu (sterkoremja), w obu razach powstały warunki do zakażenia jamy otrzewnowej przez cienkie, obecnie łatwo przepuszczalne ściany kiszki. Trudno liczyć na wytrzymałość szwu na kiszce i na rozwinięcie się należyte ruchów robaczkowych. Po ostrożnem wydobyciu pętli opróżniamy ją jak wyżej mówiłem. Jeżeli zgorzel nie sięga zbyt nisko, wyłaniamy całą pętlę zmienioną. Do powłok umocowujemy ją chwytając w szwy kałdunki i krezkę bez chwytania w szew właściwej ściany kiszki. Kilkakrotnie mogliśmy się przekonać, że w miejscu, gdzie szew utwierdzający kiszkę zachwytywał jej surowicówkę, powstawały drobne przetoczki kałowe, które bardzo przeciągały wgojenie się odbytu sztucznego, a nawet stawały się punktem wyjścia zapalenia otrzewny.

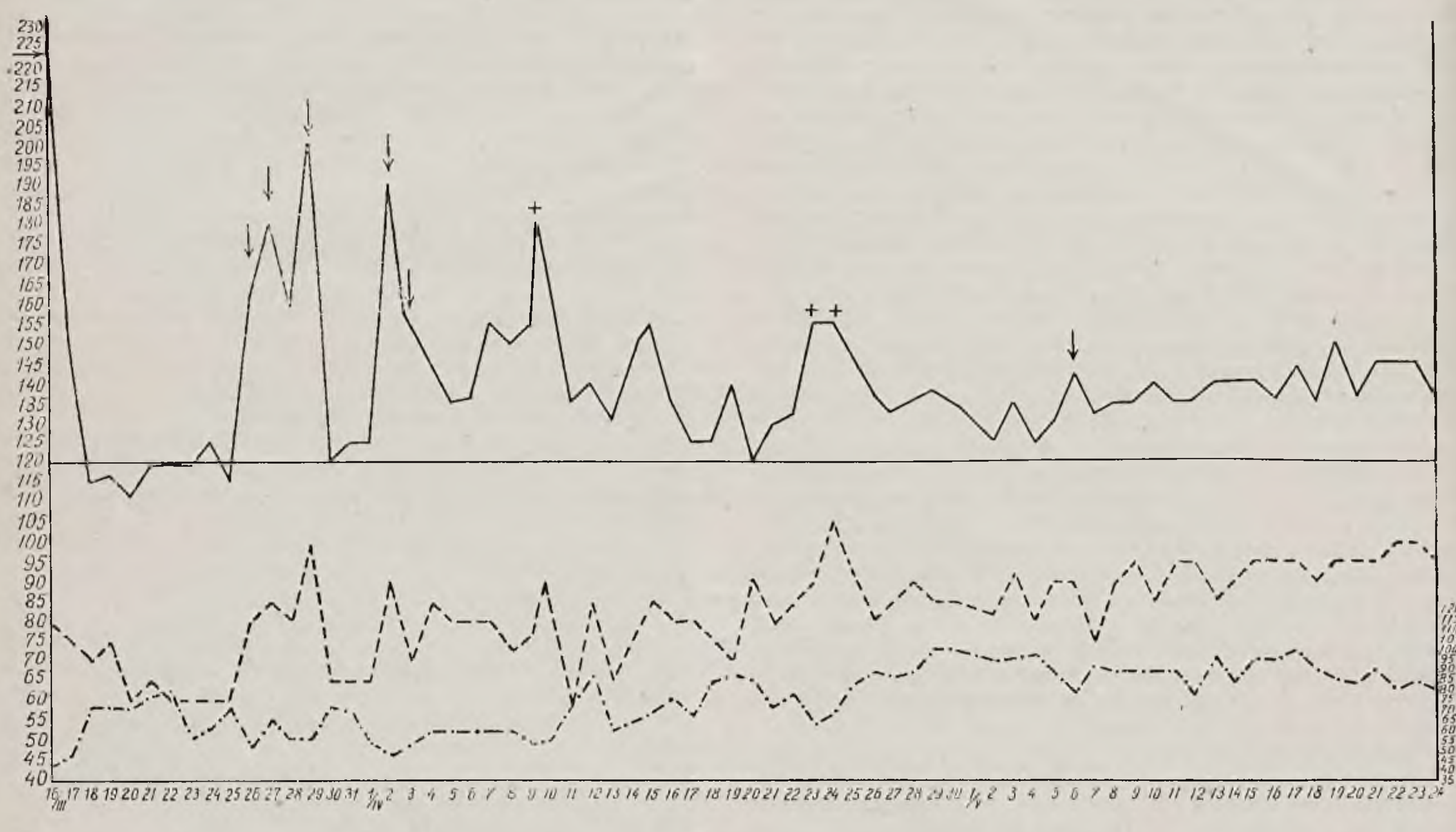
Krezkę pętli wyłonionej stale okłuwamy, by zapobiec wchłanianiu produktów rozkładu. W 24 godzin po operacji pętlę wyłonioną odpalamy.

O wiele trudniejszą jest sprawa, gdy zgorzel sięga tak nisko do miednicy małej, że wyłonić obumarłej kiszki nie można. Żadnych reguł ogólnych nie da się tu postawić. Duże uzasadnienie zdaje się mieć sposób polegający na odcięciu pętli zgorzelinowej od odbytnicy i zaopatrzeniu na głucho kikuta obwodowego; kikut doprowadzający wszywa się jako trwały odbyt sztuczny przez nową ranę w powłokach nad lewym górnym kolcem biodrowym. (Glatzel). Ewentualne późniejsze zamknięcie odbytu tego jest bardzo trudne. Istnieje wiele pomysłów czasem tylko teoretycznych, których omawianie nie wchodzi w ramy tego referatu.

*) Chirurgja kliniczna 1927. Tom I.

Dodatek do artykułu Dra Jakóba Einsenfarba p. t.
„Badania porównawcze układu roślinnego w przypadku przełomów naczyniowych".

W ogłoszonym w numerze 37—38-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronicach 703—710 artykule Dra Jakóba Eisenfarba p. t. „Badania porównawcze układu roślinnego w przypadku przełomów naczyniowych" opuszczono wskutek nieporozumienia wynikłego bez żadnej winy redakcji i podległych jej czynników przy końcu III-go rozdziału artykułu poniżej podaną krzywą tudzież objaśnienie do niej. Na życzenie autora uzupełnia się niniejszem wyżej wspomniany artykuł.



Krzywa przebiegu ciśnienia i tętno podczas pobytu chorej na oddziale.
——————— oznacza ciśnienie maximalne. — — — ciśnienie minimalne. —·—·— tętno.
Strzałki oznaczają ataki kolki wątrobowej — Krzyżyki zdenerwowanie.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

Rola i znaczenie Instytutów Higjenicznych w organizacji Służby Zdrowia *).

Sprawa roli i znaczenia Instytutów Higjenicznych w organizacji służby zdrowia nie ma dotąd należytego zrozumienia nawet w środowisku lekarskiem. Jest to, zresztą, zrozumiałe jeśli się weźmie pod uwagę, że pod tym względem brakuje nam własnych tradycji, ułożonego i własnem doświadczeniem utrwalonego poglądu — Instytuty Higjeniczne nasze powstały stosunkowo niedawno.

Dlatego też uważam za wielce wskazane poruszenie tej sprawy opierając wnioski w bardzo znacznej mierze na własnem doświadczeniu zdobytem w 5-cio letnim okresie pracy w Miejskim Instytucie Higjenicznym w Warszawie.

Charakterystyka higjeniczno-epidemjologiczna ziem polskich jest zaledwie w okresie początkowym gromadzenia materjałów. Sztucznie zahamowany przez warunki polityczne normalny rozwój i postęp w zakresie opieki nad zdrowiem wymaga możliwie szybkiego i wszechstronnego wyrównania zalegających terenów pracy. Jednakże wszelka praca pozytywna w zakresie reorganizacji i polepszenia stosunków obecnych oraz rozbudowy systematycznej poszczególnych działów higjeny zapobiegawczej (w szerokiem znaczeniu tego słowa) wymaga przedewszystkiem dokładnej znajomości stosunków istniejących, wymaga rozporządzania liczbami i danemi własnemi. My obecnie, niestety, zbyt często za podstawę organizacyjną zabiegów praktycznych bierzemy schematy i liczby, pochodzące ze środowisk obcych, własnych materjałów mamy mało i jakoś niezbyt wyraźnie zdajemy sobie sprawę z ich wartości praktycznej, z konieczności możliwie szybkiego i systematycznego ich gromadzenia.

Poszczególne części kraju posiadają swoje cechy i właściwości charakterystyczne ogólno-higjeniczne i epidemjologiczne. Tej topografji higjenicznej i epidemjologicznej ziem polskich, stwierdzić to należy, dotąd nie mamy. Jedyną drogą systematycznego i szybkiego wyrównania tych braków może być tylko organizacja regjonalnych Instytutów Higjenicznych, które będą miały jako zadanie główne poznanie wszystkich właściwości higjenicznych i epidemjologicznych swego terenu.

Każdy Instytut tego typu winien posiadać plan systematyczny pracy — wtedy tylko wyniki jego czynności będą odpowiadały zadaniom i założeniom.

Minęły już czasy kiedy higjena i epidemjologja praktyczna (służba zdrowia) mogła na raz przyjętych normach i zasadach, uważając je za trwałe, opierać swoje wykonawstwo. Jeśli takie postępowanie jeszcze gdzie pozostaje, stanowi ono przeżytek czasów dawnych, zniknąć winno możliwie szybko. Obecnie służba zdrowia winna posiadać dużą sprężystość oraz zdolność dostosowywania się do nowych konjunktur życia otaczającego, nowych faktów epidemjologicznych, nowych zdobyczy wiedzy.

Służba zdrowia ma jako zadanie podstawowe — wykonawstwo w zakresie higjeny i epidemjologji — walkę o polepszenie warunków życia. Lecz w toku pracy codziennej niema się zwykle perspektywy, która umożliwiłaby rozejrzenie się w całości stanu obecnego i retrospektywnie w pracy dokonanej. Wykonawstwo codzienne nie może też ująć wszystkich czynników, składających się na to czy inne oblicze danego środowiska. Jeśli ogólną charakterystykę stanu sanitarno-higjenicznego otrzymać możemy z liczb statystycznych (zachorowania, zgony, urodzenia i t. d.), to bardziej dokładne wyjaśnienie roli czynników poszczególnych wymaga badań systematycznych. Część znaczna tych czynników, według planu dokonanych, może być ustalona tylko za pośrednictwem odpowiednio zorganizowanych i prowadzonych Instytu-

*) Referat wygłoszony w sekcji higjeny i bakterjologji XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie.

tów Higjenicznych. Kierownictwo służby zdrowia bez ciągłej i ścisłej współpracy z Instytutami Higjenicznemi oraz bez wykorzystania zdobywanych przez nie danych jest w warunkach obecnych nie do pomyślenia. W organizacji Służby Zdrowia Instytuty Higjeniczne stanowią niezbędną część składową o stałem znaczeniu doradczem, niekiedy decydującem i kierowniczem.

Instytut Higjeniczny organizacyjnie stanowi zespół szeregu działów o specjalnych zadaniach i specjalnym programie pracy. Czyniąc zadość wymogom pracy codziennej Służby Zdrowia, Instytut Higjeniczny winien posiadać działy następujące: 1) higjeny ogólnej, 2) epidemjologiczny, 3) badania produktów spożywczych, 4) statystyki i propagandy sanitarnej.

Rolę i zadania każdego działu poszczególnego omówić należy osobno.

1) *Dział higjeny ogólnej* ma jako zadanie wykonywanie badań oraz ekspertyzę ogólno higjeniczną we wszystkich przypadkach, kiedy tego wymaga praca bieżąca Służby Zdrowia (stwierdzenie stanu obecnego, opracowanie schematu i zasad instalacyj higjenicznych i sanitarnych w zakresie zaopatrzenia w wodę, oświetlenia, wentylacji, zakurzenia, usunięcia ścieków, badania powietrza w szkołach, biurach, higjeny mieszkań, oświetlenia, wentylacji warsztatów pracy, zakurzenia i zadymienia miast i t. d.). Ze względu na warunki miejscowe w przypadkach poszczególnych praca działów higjeny ogólnej wymagać może rozbudowy kierunków specjalnych, np. higjeny zawodowej w ośrodkach przemysłowych (Zagłębie węglowe, Łódź i inne).

Znaczenia działu higjeny ogólnej przeważnie się nie docenia. O ile w perspektywie rozwojowej rzucimy okiem na przyszłość poszczególnych działów Instytutów Higjenicznych, dojdziemy do wniosku, że znaczenie działu higjeny ogólnej w przyszłości stale będzie rosło w przeciwstawieniu do innych działów, naprz. epidemjologicznego, który w miarę postępów w zwalczaniu zachorowań nagminnych będzie ulegał powolnemu zanikowi.

2) *Dział epidemjologiczny* w obecnych warunkach znacznego napięcia epidemji wysuwa się na pierwsze miejsce co do znaczenia w szeregu innych działów Instytutu Higjenicznego. Podstawę pracy codziennej działu stanowi załatwianie potrzeb bieżących Służby Zdrowia, wykonywanie badań epidemjologicznych nadsyłanych do pracowni (błonica, dur brzuszny, czerwonka i inne). Praca bieżąca, często bardzo obfita, z natury swojej daje tylko odpowiedź doraźną na zapytanie kierowane do pracowni przez zainteresowane czynniki służby sanitarnej.

Do poznawania terenu epidemjologicznego danego Instytutu, do syntezy epidemjologicznej, konieczna jest praca według z góry ułożonego planu i systemu, polegająca częściowo na uogólnieniu i zestawieniu wyników pracy bieżącej, częściowo obejmująca dziedziny, które przez praktykę sanitarną nie są na razie, uwzględniane i jej nie interesują, które jednakże po ich opracowaniu zostaną wykorzystane do rozbudowy tego czy innego działu higjeny zapobiegawczej.

W naszych warunkach jednym z najbardziej aktualnych kierunków takiej pracy winno być zagadnienie duru brzusznego, wyjaśnienie dokładne roli czynników poszczególnych epidemjologicznych (nosicielstwo, chorzy, woda, mleko i t. d.). Dla Warszawy praca ta w znacznej mierze została już wykonana; należy jej dokonać na ziemiach Rzeczypospolitej aby topografję epidemjologiczną czynników duru brzusznego ująć w całość.

Dalej nosicielstwo błonicze, jego znaczenie epidemjologiczne, charakterystyka zjadliwości szczepów u nosicieli, znaczenie sezonowości nosicielstwa.

Ustalenie roli kiły jako choroby społecznej drogą masowego serologicznego badania tych czy innych grup ludności. Otrzymuje się tą drogą liczby, charakteryzujące właściwości danego terenu. Pracę tego typu wykonał już dla Warszawy Miejski Instytut Higjeniczny, dla Huculszczyzny Lwowski oddział Państwowego Zakładu Higjeny, dla Krakowa Klinika Położnicza Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace takie należy przeprowadzić wszędzie. Powiązanie pracowni serologicznej z zakładami położniczemi umożliwi wykorzystanie takiego badania do celów walki z kiłą, jako chorobą społeczną, co zostało już zapoczątkowane w Warszawie.

Wysuwają się nadto badania związane z epidemjologją płonicy, nagminnego zapalenia opon mózgowych, bakterjologja wody i inne. Specjalnego uwzględnienia wymagają badania nad rozpowszechnieniem ilościowem i jakościowem pasorzytów jelitowych (robaków), zwłaszcza u dzieci w celu wykorzystania wyników do ich zwalczania.

Badania bakterjologiczne mleka, jego zanieczyszczenia bakteryjnego, stanowią obowiązującą czynność pracowni epidemjologicznej, stanowią one etap w dążeniu do polepszenia jakości higjenicznej mleka. Badania obecności laseczek gruźliczych w mleku rynkowem i obór jako też badanie bakterjologji mięsa z rzeźni łącznie ze spostrzeżeniami nad naturą zatruć mięsnych, wiążą pracę Instytutów Higjenicznych z pracą służby weterynaryjnej.

Byłoby rzeczą ze wszechmiar wskazaną nawiązanie ścisłej współpracy działu epidemjologicznego z instytucjami leczniczemi — przedewszystkiem szpitalami, zwłaszcza zakaźnemi. Umożliwiłoby to szpitalom wykonywanie szeregu badań, wymagających specjalnej aparatury, ułatwiłoby wykonywanie na szerszą skalę takich zabiegów naprz. jak stosowanie szczepionek własnych. Ze ścisłej współpracy obie strony odnosiłyby stale korzyści, nie ulegające wątpliwości. W stosunku do szpitali zakaźnych powiązanie ich w ten czy inny sposób z działem epidemjologicznym Instytutu Higjenicznego regjonalnego miałoby też znaczenie z punktu widzenia wykorzystania materjału szpitalnego do celów charakterystyki epidemjologicznej danego środowiska. Wskazane jest również powiązanie w ten czy inny sposób pracy działu epidemjologicznego z pracownią wodociągów, z pracowniami ośrodków zdrowia.

Dział epidemjologiczny powinien też kierować akcją szczepień ochronnych (z wyjątkiem ospy) na podlegającym mu terenie. Wchodzą tu w rachubę przedewszystkiem szczepienia ochronne przeciwdurowe, przeciwbłonicze, przeciwpłonicze. Przez badanie wrażliwości za pomocą odczynów skórnych winien dział epidemjologiczny ustalić odsetek osobników wrażliwych na ewentualne zakażenie. Praca ta winna być zorganizowana w ten sposób, aby materjały gromadzone poddawano opracowaniu w celu wyciągnięcia wniosków teoretycznych i praktycznych.

W dziale epidemjologicznym mogą być wykonywane rozmaite badania analityczno-kliniczne (krew, mocz, kał i inne). Ta czynność jednak nie jest obowiązującą, jest raczej niepożądaną i może być tolerowana tylko ze względu na konieczność uprzystępnienia wykonywania tych badań ludności niezamożnej.

Jak wynika z powyższego czynności działu epidemjologicznego są niezwykle różnorodne i liczne; dział ten możnaby podzielić nawet na szereg sekcyj; epidemjologiczną, serologiczną, szczepienną, analityczno-kliniczną.

3) *Dział badania produktów spożywczych* wykonywa pracę bieżącą, związaną z kontrolą wszelkich produktów spożywczych, sposobami ich zafałszowania oraz konserwowania. Dział organizuje kontrolę produktów spożywczych, oraz prowadzi badania sposobów i higjeny żywienia na swoim terenie. Daje on wdzięczne pole do pracy badawczej produktów spożywczych.

4) *Dział statystyki i propagandy sanitarnej* stanowi jedno z ogniw szeroko pomyślanej akcji zapobiegawczej drogą uświadamiania higjenicznego ludności wszelkiemi możliwemi sposobami (druki, odczyty, wystawy, muzeum). Dział ten, aczkolwiek może istnieć po za Instytutem Higjenicznym na włączeniu do Instytutu i kontakcie z innemi działami jego powinien zyskiwać. Nie zatrzymuję się na tem miejscu dokładniej nad planem prac tego działu.

Muzeum higjeniczne, dobrze i poglądowo zorganizowane, może stanowić wybitny czynnik propagandy higjenicznej. Muzea tego typu znalazły w szeregu krajów uznanie i szersze zastosowanie (Niemcy, Belgja). Tem większe znaczenie będą posiadały w naszych warunkach. Zarządzanie i organizacja muzeum mogą być związane również dobrze z działem propagandy higjenicznej, jako też z działem higjeny ogólnej.

Nie poruszając całokształtu spraw związanych z organizacją Instytutów Higjenicznych dotknę dwóch tylko — *bezpłatności* badań i sprawy *kierownictwa Instytutów.*

Badania bieżące, wykonywane przez Instytut Higjeniczny (epidemjologiczne i produktów spożywczych), stanowią jedną z czynności służby zdrowia, na drodze do podniesienia stanu zdrowotności. Im więcej będzie dokonanych badań produktów spożywczych, tem rzadziej będą, wobec kontroli, występowały zafałszowania; im więcej zachorowań wykrywają badania epidemjologiczne, tem łatwiej służba zdrowia zwalcza epidemję. Dlatego też wszelkie badania tych typów winny być wykonywane bezpłatnie; z badań epidemjologicznych do tych bezpłatnych badań zaliczyć należy: dur brzuszny i inne zakażenia jelitowe, błonicę, gruźlicę oraz badania serologiczne kiłowe (odczyn Wassermann'a). Pewna dyskusja może powstać tylko w stosunku do badań serologicznych — pobierana za nie opłata, o ile będzie, winna być w każdym razie możliwie niska.

Instytut Higjeniczny stanowi organizm złożony, którego części winny posiadać wspólną myśl przewodnią w pracy, w koordynowaniu czynności działów poszczególnych. Pozostawiając jaknajdalej idącą samodzielność kierownikom działów w wewnętrznej ich pracy, kierownictwo ogólne Instytutu winno być jednolite, winno plan ogólny systematycznie realizować, narzucając, o ileby konieczność tego wymagała, działom te czy inne zadania. Nie może być mowy o Instytucie, jako o jednostce, świadomie i planowo

pracującej, o ile będzie się ona składała z działów, nie spojonych wspólną myślą i wolą.

W toku pracy swojej Instytuty poszczególne mogą się specjalizować w tym czy innym kierunku w zależności od specjalnych warunków pracy i terenu, naprz. prace nad twardzielą w oddziale Lwowskim P. Z. H.

W myśl powyższego pomyślany i zorganizowany regjonalny Instytut Higjeniczny objąłby wszystkie główne potrzeby służby zdrowia. Za pośrednictwem Instytutu i opierając się na gromadzonych i opracowywanych przez Instytut materjałach, służba zdrowia pogłębia znajomość terenu, i, co z tego wynika, uzyskuje trwały fundament do rozbudowania swojej akcji zwalczającej i zapobiegawczej. Ten własny materjał umożliwia bardziej ściśle i sprężyste dostosowanie zabiegów praktycznych do istotnych warunków terenu własnego.

Nie przesądzając możliwych przypadków poszczególnych, jako schemat ogólny uważać należy, że Instytuty Higj. typu powyższego winny być bądź państwowe, bądź samorządowe. Poza centralnym Instytutem Państwowym, który też może być uważany za regjonalny — ogólno-państwowy inne instytuty państwowe (regjonalne) powstają tam wszędzie, gdzie samorządy z jakichkolwiek bądź powodów nie rozporządzają niemi. Jako typ samorządowego regjonalnego Instytutu Higjenicznego można uważać Miejski Instytut Higjeniczny m. Warszawy, czynny już od roku 1921, posiadający obecnie podaną wyżej organizację. Tam gdzie niema odpowiednio organizowanych i prowadzonych Instytutów Higjenicznych regjonalnych samorządowych — wdzięczne pole pracy ma Państwowy Instytut Higjeny.

Istnieje jeszcze jedna możliwość, którą należy mieć na względzie — połączenie czynności Instytutów Higjenicznych z zakładami uniwersyteckiemi. Możliwość ta ma swoje strony dodatnie i ujemne: dodatnie — odpowiednio wysoko kwalifikowane kierownictwo, dobrze zorganizowane, zaopatrzone w potrzebny do wszelkich badań inwentarz i bibliotekę, ujemne — zasadnicza różnica zadań pracowni uniwersyteckiej oraz regjonalnej higjeniczno-epidemjologicznej. O ile atmosfera pracowni uniwersyteckiej może w przypadkach poszczególnych podnieść poziom pracowni regjonalnej, o tyle duża liczba badań codziennych, właściwa tym ostatnim wpływać może hamująco (zwłaszcza w warunkach braku personelu) na zakres pracy ściśle naukowej pracowni uniwersyteckich. Z punktu widzenia służby zdrowia, jako ujemną uważać należy tę okoliczność, że pracowni uniwersyteckiej służba zdrowia nie może stawiać zadań bezpośrednich, wyłaniających się w toku pracy; bardziej sprężystą pracę gwarantuje Służbie Zdrowia Instytut bezpośrednio od niej zależny.

Pracownie uniwersytecka i regjonalna, higjeniczno-epidemjologiczna, mogą być połączone personalnie wspólnem kierownictwem (zyskują obie na tem niewątpliwie), mogą się mieścić w jednym budynku, ale zasadniczo winny istnieć, jako dwie jednostki samodzielne, które w zależności od konjunktury momentu mogą się znaleźć pod wspólnem, bądź oddzielnem kierownictwem.

W naszych warunkach, gdzie jeszcze się tak mało pracuje naukowo, gdzie jeszcze nie wszędzie zdążyła się wytworzyć tradycja pracy naukowej — Instytuty Higjeniczne winny poza swemi zadaniami praktycznemi (badanie produktów spożywczych, badania epidemjologiczne) stanowić placówki pracy naukowej, wykonywanej w miarę sił i możliwości Instytutów poszczególnych. Praca naukowa winna stanowić obowiązek obywatelski każdej pracowni, która nie chce zostać wyłącznie fabryką analiz. Zbyt mało mamy warsztatów pracy naukowej, zbyt dużo mamy zaległości do odrobienia, abyśmy mogli Instytutów regjonalnych nie traktować jako pracowni naukowych. Praca naukowa ma jeszcze to duże znaczenie, że podnosi automatycznie poziom pracowni i jej personelu. Pracownik pracowni dającej możliwość pracy naukowej, który pracy takiej nie prowadzi, staje się rzemieślnikiem-urzędnikiem.

Jeśli się zatrzymałem nad sprawą pracy naukowej pracowni regjonalnych, to uczyniłem to dlatego, że nawet obecnie, niestety, daje się jeszcze słyszeć głosy, że pracownie te winny tylko załatwiać pracę codzienną „nie bawiąc się w naukę". W mojem wyobrażeniu pracy codziennej bieżącej od pracy naukowej nie da się oddzielić. Tylko odpowiedni poziom naukowy pracowni daje gwarancję jej wydolności w pracy codziennej, bo nawet praca codzienna, urzędowa winna stanowić cząstkę pracy naukowej zbiorowej wykonywanej przez pracownię. Bo któż inny, jeśli nie instytuty regjonalne, da charakterystykę epidemjologiczną terenu działania służby zdrowia, któż inny śledzić będzie jej zmiany, któż inny stworzy nieistniejącą dotąd epidemjologię ziem polskich.

Wnioski:

1) Gromadzenie materjałów, charakteryzujących stan epidemjologiczny i higjeniczny ziem polskich (topografja epidemjologiczna i higjeniczna) stanowi podstawowe zadanie służby zdrowia.

2) Do gromadzenia tych materjałów służyć winny regjonalne Instytuty Higjeniczne.

3) Regjonalne Instytuty Higjeniczne winny składać się z działów: a) higjeny ogólnej, b) epidemjologicznego, c) badania produktów spożywczych, d) statystyki i propagandy sanitarnej z muzeum.

4) Instytuty regjonalne mogą być rządowe lub samorządowe.

5) Instytuty winny poddawać materjał gromadzony naukowemu opracowaniu, winny prowadzić systematyczną pracę naukową.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 44, z 31 października 1929: Wł. Sterling: Ciężkie i poronne postacie choroby Swift-Feera; M. Rosnowski: W sprawie patogenezy zespołu klinicznego powolnego zapalenia wsierdzia (c. d.); F. Przesmycki: Przypadek zakażenia człowieka prątkami Banga; E. Weinkiper: O fizjologji i metodach badania aparatu przedsionkowego ucha wewnętrznego; S. Adamowicz: Umieralność matek w wielkich miastach polskich.

Przemysł chemiczny, rok IV, nr. 20, z października 1929 r.: J. Jurkiewicz i K. Kling: Działanie chlorku glinowego na niektóre węglowodory alifatyczne nasycone.

Dziecko i Matka, rok IV ,nr. 19 z r. 1929: M. Czerkawska: Włoskie orzechy. — Z. A. Wołoska: Dzielność. — M. Benisławska: Władna miłość. — A. Maliszewski: Boguś. — Z. Dzięciołowska-Brykalska: Usypianie i uspakajanie niemowląt. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Morzkowska: Owoce surowe i warzywa w jadłospisie dziecka. — M. Dziadyk-Kłosińska: Świnka. A. Klęsk: Powstanie garbu u dzieci.

Wiadomości Lekarskie, rok II, za październik 1929 r.: H. Czapnicki: Z zagadnień współczesnej medycyny. — H. Mierzecki: Świąd kiłowy. — H. Leuchter: Obrzezanie zapobiegawcze. — J. Heller: Składniki azotowe surowicy.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 44, z 3 listopada 1929 r.: Stein: Kokainizm i walka z nim. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne, rok X, nr. 11 z r. 1929: S. Brokowski: W sprawie reorganizacji opieki higjeniczno-lekarskiej w szkołach powszechnych, średnich i seminarjach nauczycielskich. — A. Borowski: Właściwości duchowe i fizyczne lekarza szkolnego ze stanowiska zadań higjeny szkolnej. — Zofja Kuncewicz: Stanowisko lekarza szkolnego jako higjenisty i jako klinicysty. — W. Sikorski: Brak konsekwencji w wychowaniu fizycznem. — W. Krawczyk: Współdziałanie, czy współzawodnictwo. — Z. Nożyńska: Ćwiczenia piłkami. — W. Sikorski: Kursy narciarskie.

Nowiny Społeczno - lekarskie, rok III, nr. 21, z 1 listopada 1929: St. Ciechanowski: Henryk Jordan (1842—1907). — Wł. Żydłowicz: Działalność Henryka Jordana w Towarzystwie „Samopomocy lekarzy" w Krakowie. — Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — A. Klęsk: Wady zbyt wielkiej specjalizacji lekarskiej.

Nowiny lekarskie, rok XLI, nr. 21, z 1 listopada 1929 r.: S. Schilling-Siengalewicz: Badania doświadczalne nad własnościami odtruwającemi wątroby, pod wpływem karmienia wątrobą. — J. Makowski: Przeciwwskazania i wskazania przy leczeniu lampą kwarcową u dzieci. — E. Jolles-Ruderferowa: Badania nad tężyczką w ostatnich latach. — P. Gantkowski: Z dziedziny orzeczeń lekarskich.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 40. — 1929.

G. Politzer: *Promienie pobudzające wzrost (Wachstumstrahlen).* Kontrolując ciekawe doświadczenia Gurwitscha, stwierdził autor na tkance cebuli że pewne grupy komórek wysyłają promienie elektromagnetyczne pobudzające sąsiednie tkanki do wzrostu. Promienie te występują w całym świecie organicznym i działają pobudzająco na wzrost.

A. Bratusch-Marain i J. Siegel: *O leczeniu krzywicy naświetlanem mlekiem.*

L. v. Wikulli: *O badaniu krwi.* Opis przypadków w których badanie krwi pozwoliło na postawienie rozpoznania.

O. Belosević i A. Krautn: *W sprawie rozpoznania różniczkowego ogólnej rakowatości prosówkowej.* Opis dwóch przypadków.

E. Deutsch: *Rokowanie w gruźlicy stawów.*

H. Mautner: *Występowanie płynu na powierzchni wątroby.* Badania onkometryczne wątroby u psa wykazały, że po wstrzyknięciu pewnych środków (histaminy, cukru, roztworów hypertonicznych) występują na powierzchni wątroby krople płynu. Chociaż płynu tego jest bardzo mało, to jednak możliwem jest że jest to droga procesu zagęszczania krwi.

A. Wicke: *Zastosowanie i wyniki naświetlania lampą pochwową Engelhorna.* Naświetlania lampą Engelhorna w przypadkach nadżerek, upławów, zapaleń pochwy i t. d. na 40 przypadków dało w 50% przypadków zupełne wyleczenie w reszcie przypadków poza kilkoma zawodami znaczną poprawę stanu chorobowego.

K. Büdinger: *Przepukliny pępkowe i nietypowe przepukliny powłok brzusznych.* Kurs dokształcający.

G. Lotheipen: *Chirurgja płuc zwłaszcza w przypadku ropienia płuc.* Kurs dokształcający.

E. Lauda: *Technika badania kału.*

A. Brandweiner: *Jak należy leczyć ostry wyprysk twarzy.* Dla praktyki.

K. Biedel: *Przyczyny zawrotów i środki lecznicze.* Dla praktyki.

Nr. 41. — 1929.

F. Gaisböck: *O zachowaniu się obrazu białych ciałek krwi i jego znaczenie praktyczne.* Po intensywnych ćwiczeniach cielesnych względnie po pracy fizycznej, występuje wzmożone wydzielanie adrenaliny, która działając na układ sympatyczny utrzymuje równowagę organizmu. Równocześnie zmienia się obraz krwi w kierunku na lewo. Zmiana ta stoi na granicy reakcji fizjologicznej i grożących zmian chorobowych. Dłuższe trwanie tej zmiany np. u sportowca jest wyrazem przemęczenia i w tych wypadkach dalszy forsowny training winien ustać. Przy badaniu sprawności lekkie przysiady wykonywane przez sportowca wykażą czy przesunięcie obrazu krwi na lewo, jest jedynie przemijające i czy zawodnik zdolny jest do dużych wyczynów sportowych. Naturalnie sam obraz krwi nie wystarczy do oceny sprawności zawodnika.

B. Aschner: *Leczenie konstytucji kobiety.* Autor stoi na stanowisku, że konstytucja osobnika jest zmienna i że osobnik o pewnym typie konstytucjonalnym może np. przez utycie lub schudnięcie po pewnym czasie przedstawiać nowy typ konstytucjonalny. Na tej podstawie uważa autor że typy niepożądane można leczyć, np. typ asteniczny zapomocą tonica, roborantia plastica i t. d.

H. Chiari: *Przypadek cukrzycy z przerostem substancji korowej nadnercza.* Opis przypadku.

J. Siegl: *Znaczenie ujemnej fazy błonicy.*

E. Krammer: *O zastosowaniu dużych dawek surowicy w przypadku tężca.* Opis przypadków wyzdrowienia po zastosowaniu dużych dawek surowicy przeciwtężcowej.

H. Bix: *Pseudotabes diabetica sine glycosuria.* Opis przypadku.

C. Sternberg: *Anatomja patologiczna jelit.* Kurs.

G. Singer: *Nowsze zapatrywania na patogenezę i klinikę kamicy żółciowej.* Kurs.

G. Schwarz: *Leczenie promieniami w urologji.* Kurs.

B. Breitner: *Zagadnienie zachowawczego i operacyjnego leczenia schorzeń tarczycy.* Dla praktyki.

H. Kogerer: *Co może zdziałać lekarz praktyczny na polu psychoterapji.* Dla praktyki.

Nr. 42. — 1929.

E. Loewenstein i E. Singer: *O niewidocznych postaciach prątka gruźliczego.* Dotychczas niema ścisłego dowodu na obecność przenikającej sączki niewidocznej formy prątka gruźliczego. Jednakowoż prątek taki istnieje, gdyż materjał czysty, w którym mikroskopowo nie można stwierdzić zarazka jest zaraźliwy a) w doświadczeniach na zwierzętach b) w kulturze. Kultura na kwasie siarkowym według Löwensteina. Sumyioshi'ego daje najlepsze wyniki.

H. Kahler i F. Knollmayer: *O zastosowaniu sztucznego przegrzania (hyperthermia) jako środek zastępujący leczenie gorączką.* (Doniesienie tymczasowe). Stosowanie w celu wywołania przejściowej gorączki gorących kąpieli lub nagrzewań elektrycznych z następowemi zawijaniami.

J. Likowsky: *O anginie Plaut. Vincenta.* Opis i omówienie przypadków.

J. Skursky: *O wpływie promieni ultrafiołkowych na siłę bakterjobójczą zapalnych wysięków.* Wysięki zapalne wykazują w doświadczeniach in vitro dużą siłę bakterjobójczą, która wzrasta po naświetlaniu promieniami pozafiołkowemi. Siła ta ulega dość znacznym wahaniom. Nie posiadają jej przesięki.

E. Preissecker: *Obraz kolposkopowy nalotów rakowych.* Zmiany rakowe na części pochwowej oglądane kolposkopem wykazują na granicy, zmiany nabłonka zupełnie podobne do t. zw. leukoplakii. Tak więc twierdzenie Hinschmana że leukoplakie na części pochwowej są początkiem raka byłoby uzasadnione.

S. Plaschkes: *Oddechanie i perystaltyka żołądka.* Autor zwraca uwagę na zwiększenie się perystaltyki żołądka wskutek ruchu przepony przy głębokich wdechach.

J. Schnitzler: *Trudności rozpoznawania różniczkowego w chirurgji.* Kurs dokształcający.

F. Mandl: *O nowych zdobyczach chirurgji na polu schorzeń o wewnętrznem wydzielaniu.* Kurs.

R. Lederer: *O sklejaniu się małych warg u niemowląt i małych dziewczynek.* Opis rzadkiego schorzenia występującego u małych dziewczynek, a polegającego na sklejaniu się warg mniejszych począwszy od spoidła tylnego. Sklejanie takie może prowadzić do zaburzeń w oddawaniu moczu i w następstwie do zapaleń pęcherza (opis przypadku), względnie do atrezji pochwy. Leczenie: rozkleić wargi i zastosować maść gojącą.

G. Gnist: *O związku między zaburzeniami wzroku a bólem głowy.* Dla praktyki.

Nr. 43. — 1929.

A. Reuss: *Skazy w wieku dziecięcym.*

A. Matras: *O Adenofibrochondrolipoma myxomatodes płuc.* Opis przypadku.

A. K. J. Koumans: *Obraz krwi na wąskim pasku filmu.* Liczenie białych ciałek krwi na wąskim pasku filmowym metodą Rogersa.

D. G. Dittel i F. Raab: *Doświadczenia z preparatem hormonu płciowego Hogival.* Opisy przypadków.

A. Fessler i R. Pohl: *O rozpoznawaniu różniczkowem myeloma (mięsaka szpiku).* Opis przypadku.

E. Graff: *Rozpoznanie i leczenie niepłodności.* Kurs dokształcający.

K. Haslinger: *Znaczenie kliniczne nowotworów nerki.* Kurs dokształcający.

H. Mautner: *Profilaktyka chorób zakaźnych.* Dla praktyki.

M. Enghing: *O racjonalnem niszczeniu robactwa w mieszkaniu.* Dla praktyki.

Dr. Krzyżanowski (Gdynia).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 15. maja 1929 r.

Przewodniczący Dr. Ackermann.

Obecnych 37.

Demonstracje: Z I. Kliniki wewnętrznej przedstawia Kol. Braun 1. przypadek żółtaczki hemolitycznej leczonej splenektomią. 2. przypadek policythaemia rubra leczony naświetlaniem promieniami Roentgena, które to leczenie doprowadziło do panmyelophtisis.

Z Kliniki dermatologicznej przedstawia Prof. Walter następujące przypadki: 1. *Lupus erythematodes disseminatus,* 2. *keratoma*

palmare plantare hereditarium. 3. *Alopecia postimpetigenosa.* 4. *Teleangectasia universalis.* 5. *Ulcus vulvae acutum* (Lipschütz) 6. *Sclerodermia.* 7. *Dermatitis atrophicans.* 8. *Erytrodermia desquamativa.* 9. *Sycosis staphylogenes profunda.*

Z I. Kliniki wewnętrznej Kol. Tochowicz przedstawia przypadek *morbus Addisoni* w dyskusji zabierają głos Kol. Szczeklik i Prof. Tempka.

Posiedzenie z dnia 22. maja 1929 r.
Przewodniczący Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 60.

Prof. Dr. Julian Nowak wygłasza odczyt pod tytułem: Przesączalny zarazek zarazy płucnej (z demonstracjami przeźroczy).

W dyskusji zabierają głos: Prof. Gieszczykiewicz: Badania Prof. Nowaka mają znaczenie dla rozwoju badań nad zarazkami przesączalnemi. Nazwa zarazków niewidzialnych jest negatywną; różne są drogi które prowadzą do ich poznania (ultramikroskop, barwienie, fotografje i t. d.) tutaj zastosowanie różnych sposobów badania doprowadziło do poznania całego cyklu rozwoju omawianych bakterji. Prof. G. uważa że trudno jest inaczej tłumaczyć pokazywane tu formy jak mycelium. Zapytuje następnie czy silne wirowanie kolonji nie uszkadza kultur i jest zdania że może sedymentazja byłaby więcej wskazaną.

Dr. Eisenberg podnosi zasługi Prof. Nowaka położone nad badaniem zarazka zarazy bydła. Wspomina o trudnościach z któremi się ma do czynienia przy badaniu zarazków pozostających na granicy widzialności. Zastanawia się czy silne barwienie nie przeszkadza w oznaczeniu morfologicznem. Podaje przykład bakterjofagów, które morfologicznie są niezbadane, natomiast zbadano je tylko funkcjonalnie. Przedstawione przez Prof. Nowaka obrazy robią wrażenie promieniowców (zatem przemawia sposób barwienia, struktura kolonji) trudno jest jednak powiedzieć czy to są promieniowce.

Prof. Klecki: W każdej kolonji obok zmian postępowych są i wsteczne. Z rozmaitej wielkości kul, przedstawionych na wyświetlanych przez Prof. Nowaka obrazach, można wnosić, że i tutaj również znajdują się zmiany wsteczne.

Prof. Nowak w odpowiedzi zaznacza jak trudną jest obserwacja w badaniu zarazków niewidzialnych a jedynym sposobem prowadzącym do celu jest silne barwienie bakterji. Prof. N. potwierdza przypuszczenie Prof. Kleckiego, że w przedstawionych przez niego obrazach mogą znajdować się zmiany wsteczne, gdyż barwiąca się silniej w pewnych miejscach substancja wygląda na obumierającą. Sądzi, że analogja z promieniowcami jest dość trafna. Natomiast nie uważa by centryfugowanie miało uszkadzać zarazki niewidzialne, gdyż robione preparaty kontrolne dały te same wyniki.

Posiedzenie z dnia 29. maja 1929 r.
Przewodniczący Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 46.

Kol. Goldberger przedstawia przypadek ciąży i porodu u chorej na trombopenję. Chora cierpi od dzieciństwa na krwawienia z dziąseł, sińce pojawiające się za najmniejszym urazem, wybroczynki na ciele. Miesiączki regularne, bardzo obfite, długotrwałe. Dziedziczność 0. Po zamążpójściu krwotoki bardzo silne, trudne do opanowania tak, że chora przebywa przez kilka miesięcy na Klinice ginekologicznej następnie wewnętrznej (przypadek opisany przez Prof. Tempkę w P. Arch. Med. Wewn. t. I. zeszyt I. jako trombopenja essentialis). Chorą namawiano wówczas do splenektomji lecz bezskutecznie po kilku latach chora zachodzi w ciążę. Badanie krwi wykazuje ilość trombocytów 64.000, czas krwawienia przedłużony. Ciąża przebiega prawidłowo jedynie pojawiają się silne krwawienia z przypadkowych ran oraz wybroczyny. Chorej podawano przetwory wapniowe. Poród jak u pierwiastki 37 letniej, długotrwający, w czasie którego stosowano: *remedium sedativum*, oraz wstrzykiwania *claudenu i coagulenu*. Po urodzeniu łożyska — *pituigen forte*. Obfite krwawienie z pękniętego krocza które zaszyto i założono setonem z coagulenu, poczem krwawienie ustąpiło. Puerperium prawidłowe. Przypadek ten przedstawiam ze względu na szczęśliwe przebycie porodu i ciąży u chorej z trombopenją (autoreferat).

W dyskusji Dr. Eisenberg podnosi jak uderzającą jest dysproporcja między badaniami laboratoryjnemi krwi a badaniem in vivo, co wskazuje że teorja krzepnięcia krwi nie jest jeszcze ustalona.

Kol. Karasiński wygłasza odczyt p. t.: *„Nowoczesne leczenie krzywicy"* (rzecz okazała się w druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji zabierają głos Kol. Hirschberżanka która wspomina o hyperpigmentacji mogącej występować po ergosterynie naświetlanej. Prof. Klecki, który podnosi że Vigantol sprowadzono do Zakładu patologji kiedy jeszcze nie było tego leku w handlu i że Kol. Karasiński pierwszy spostrzegał działanie szkodliwe Vigantolu obok działania korzystnego.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

VIII Posiedzenie naukowe z dnia 15 marca 1929
Przewodniczy Kol. N. Gąsiorowski.

1) Kol. Lipiński przedstawia i omawia *przypadek błonicy sromu.*

W dyskusji Kol. Goldschlag: Oddział skórny prym. Leszczyńskiego stwierdza kilka przypadków błonicy sromu rok rocznie. Jako punkt wyjścia służy błonica gardła lub nosa. Zwracam uwagę na publikację Füllenbaumówny w P. G. Lek. na powyższy temat.

2) Kol. Czyżewski przedstawia i omawia *dwa przypadki przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.*

3) Kol. Mierzecki H. przedstawia i omawia *przypadek grzybicy guzowatej (Mycosis fungoides).*

W dyskusji Kol. Franke prosi o podanie bliższych danych, które posłużyły do postawienia rozpoznania, jak obrazu krwi i histologicznego badania wycinków skóry. — Kol. Gąsiorowski zapytuje o wynik odczynu Wassermanna w tym przypadku. — Kol. Goldschlag omawia zapatrywania na etjologię tego schorzenia. Obraz histologiczny usprawiedliwia raczej nazwę *Granuloma fungoides.* Własny przypadek, wspomniany przez Mierzeckiego, różni się od zwyczajnych wystąpieniem „przerzutów" w wątrobie i żuchwie. Przypadki *Granuloma fungoides* z „przerzutami" należą do bardzo rzadkich. — Kol. Ostrowski Stanisław podnosi, że w okresie wstępnym obraz kliniczny grzybicy guzowatej nie przebiega stale jednakowo. Znany jest przypadek, który przebiegał pod postacią *Lichen ruber accuminatus generalis,* dopiero z czasem przyszło do okresu II i III t. j. rozpadu guzów. Leczenie promieniami Roentgena winno być stosowane jedynie w okresach wczesnych, kiedy daje wyniki korzystne, przeciwwskazane jest stosowanie tej metody leczniczej w okresach guzów i rozpadu. Kol. Mierzecki w odpowiedzi podnosi, że we krwi limfocytoza i monocytoza, badania histologiczne kilkakrotnie robione, odczyn Wassermanna ujemny. Przerzuty nie należą do rzadkości. Omówienie leczenia.

4) Kol. Mierzecki H. przedstawia i omawia *dwa przypadki uszkodzenia skóry po Roentgenie.*

W dyskusji Kol. Landes-Leinerowa L. zauważa, że przyczyną uszkodzeń podobnych to używanie małych aparatów, nieostrożność i brak umiejętności lekarzy. Przy postępowaniu odpowiedniem można się przed takiemi przypadkami ustrzec. — Kol. Grabowski omawia etjologję tych dawniej częstych, obecnie w terapji rzadko spotykanych uszkodzeń, podkreśla rolę ochronną filtrów aluminjowych. — Kol. Goldschlag: Z zagadnień ogólnych na temat biologji świetlnej skóry na szczególną uwagę zasługują spostrzeżenia Mieschera, wykazujące niezbicie fazowość (perjodyczność) w przebiegu rumienia poroentgenowskiego. Omówienie teoryj mających tłómaczyć to zjawisko. Analiza zmian histologicznych przy ostrych i późnych uszkodzeniach roentgenologicznych. — Kol. Ostrowski Stanisław omawia zmiany skóry po naświetlaniu prom. Roent. i podnosi, że poza samemi promieniami przyczyny uszkodzeń szukać należy w stanach konstytucjonalnych, osobniczych jakoteż w pewnej formie uczulenia skóry. — Kol. Selzer J.: O ile podrażnienie i zapalenie skóry po uszkodzeniu promieniami Roentgena dają względnie dobre wyniki leczenia, o tyle leczenie wrzodów na tem tle jest bardzo uporczywe i napotyka na znaczne trudności. Oczyszczanie się tychże jest barzo powolne i niepewne tak że nie należy zbytnio spieszyć się z ewentualną plastyką, o ile niema bezwzględnej pewności, że wrzód już jest należycie oczyszczony. Bardzo dotkliwe bóle należy łagodzić narkotykami, oczyszczanie się zaś wrzodów występuje łatwiej po po stosowaniu 2% maści pellidolowej i po naświetlaniu lampą kwarcową, a nawet radem. Naogół prognoza tego schorzenia jest zła i w znacznej mierze przypisać je należy pewnym właściwościom skóry, — a nie każdy przypadek przypisać nieuwadze roentgenologa. — Kol. Mierzecki H. w odpowiedzi podkreśla trudności, a często beznadziejność w leczeniu omawianych uszkodzeń.

5) Kol. Lenczowski J. wygłasza wykład: *„Poród i połóg u chorych kiłowych".* (Przeznaczone do druku w P. G. L.).

IX Posiedzenie naukowe z dnia 22 marca 1929.
Przewodniczy Kol. N. Gąsiorowski.

1) Przewodniczący zawiadamia o śmierci członka Towarzystwa bł. p. Dr. Izydora Heschelesa, poświęcając mu wspomnienie pośmiertne. Pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Kol. Meler N. i Piotrowski E. przedstawiają i omawiają *przypadek ropnia płuc, wyleczonego odmą*. Chory A. E. lat 40 zgłosił się na oddział W. I. dnia 22. I. 1929. W anamnezie podaje, że przed 6 tygodniami wystąpiły czyraki na grzbiecie i pośladkach. W3 tygodnie później nagłe kłucie w boku lewym i z przodu klatki piersiowej, silny kaszel. Po tygodniu wykrztusił naraz większą ilość plwociny z domieszką krwi. Wówczas kłucie ustąpiło a w dwa tygodnie później podwyższenie ciepłoty, plwocina stała się obfitą, brudną i silnie cuchnącą. Z temi objawami zgłasza się do szpitala.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie dobre. Foetor ex ore. Klatka piersiowa skoliotyczna. Wypuk nad płucami jawny, jedynie z przodu po lewej stronie na wysokości II i III międzyżebrza ograniczone przytłumienie.

Szmery pęcherzykowe zaostrzone, w miejscu przytłumienia wyraźnie nieczyste, w okolicy wnęki lewej chuchające.

Serce oraz narządy jamy brzusznej bez zmian. Mocz bez zmian. Temperatura 38,2° C. Plwocina brudno - zielona, ropna, silnie cuchnąca. Prątki Kocha nieobecne. Włókna elastyczne obecne,

Rozpoznanie: Ropień płuc usadowiony w płacie górnym lewym.

Prześwietlenie Rœtgenem potwierdziło powyższe rozpoznanie, wykazując w polu przywnękowem lewem widoczne wyjaśnienie wielkości orzecha włoskiego o konturach ostrych (caverna?) Również wykonane w kilka dni później zdjęcie Roentgenologiczne wykazało te same stosunki.

Choremu podano środki wykrztuśne oraz olejki eteryczne, ponadto zaczęto stosować w odstępach czterodniowych zastrzyki Neosalwarsanu w dawkach I-szy — 0,15 g, II-gi — 0,30 g, ostatnie dwa po 0,45 g.

Efektu leczniczego nie można było zauważyć i wszystkie objawy jak kaszel, brudno - zielona cuchnąca plwocina, bóle głowy i brak apetytu utrzymywały się nadal a nawet przy 2 ostatnich zastrzykach Neosalwarsanu wzniesienie się ciepłoty powyżej 40° C.

Wobec niepowodzenia leczenia t. zw. medykamentalnego oraz przywnękowego usadowienia ropnia, co zgóry wykluczało możność opróżnienia go na drodze chirurgicznej przystąpiono do leczenia odmą.

Po raz pierwszy otrzymał chory 500 cm³ powietrza przy ciśnieniu początkowem — 5 — 8, końcowem — 1 — 3.

Prześwietlenie Roentgenem wykazało, że płuco jest uciśnięte od boku do obojczyka na 2 palce poprzeczne. Już po I-szej odmie temperatura opadła, tak że tylko wieczorami utrzymywały się stany podgorączkowe, a plwocina stała się mniej cuchnąca. Po tygodniu dopełniono choremu 750 cm³ powietrza przy ciśnieniu początkowem — 3 — 5, końcowem — 1 — 2.

Po drugiej odmie ciepłota spadła do normy, kaszel oraz plwocina ustąpiły zupełnie, foetor ex ore oraz bóle głowy znikły, apetyt się poprawił, a stan chorego ocenić można było jako zupełnie dobry.

Wykonane prześwietlenie Roentgenem wykazało, że płuco lewe jest uciśnięte na 2 palce od boku a na ½ palca od strony mediastinum.

Odmę dopełniono w odstępach tygodniowych jeszcze trzy razy. Po raz trzeci dostał chory 1200 cm³ a Roentgen wykazał że płuco lewe uciśnięte od góry i boku ⅓ objętości. W polu podszczytowem silny zrost z boczną ścianą kl. piersiowej. W kącie niewielka ilość płynu. Od strony mediastinum widoczne pasemkowate nagromadzenie powietrza. Po raz czwarty dopełniono choremu 1000 cm³ powietrza a Roentgen wykazał, że płuco lewe uciśnięte jest do połowy objętości. Zrost w polu podobojczykowem. Po raz piąty otrzymał 1200 cm³ powietrza przy ciśnieniu początkowem — 2 — 3, ciśnieniu końcowem + 5 + 6. Roentgen wykazywał, że płuco lewe uciśnięte jest do cienia środkowego. Zrost w okolicy obojczyka.

Doszedłszy w ten sposób do dobrego uciśnięcia płuca i dodatniego ciśnienia w jamie opłucnowej ukończono na razie leczenie, uważając wspomniany przypadek za wyleczony pod względem klinicznym, ze względu na zupełne cofnięcie się objawów chorobowych, utrzymujących się przeszło od 5 tygodni.

Chory opuścił szpital 15. III. zupełnie zdrów a wykonane w tym samym dniu prześwietlenie Roetgenem wykazało, że płuco lewe dolne uciśnięte — zrost w okolicy obojczyka. Choremu polecono zgłosić się do kontroli za 4 tygodnie, albowiem niewiadomo, czy po zresorbowaniu się powietrza nie nastąpi nawrót objawów. W każdym razie podnieść należy, że leczenie odmą tego przypadku dało wynik bardzo dobry, jakiego nie zdolano uzyskać żadnym innym sposobem.

3) Kol. Zalewski przedstawia i omawia przypadek *ropnia płatu skroniowego pochodzenia usznego.*

W dyskusji Kol. Ostrowski T. zauważa, że do sączkowania dren gumowy jest za twardy i łatwo zatyka się, lepszą jest guma ze starej rękawiczki, — płukań jakichkolwiek nie stosuje, — ważnem jest odpowiednie ułożenie chorego zależne od umiejscowienia ropnia, mimo iż wypływ ropy następuje pod działaniem ucisku wśródmózgowego.

Kol. Zalewski zwraca uwagę, że płukanie ma swoje uzasadnienie i daje wyniki dobre. W przedstawionym przypadku stosowano je codziennie dwukrotne. Ze względu na umiejscowienie ropnia w płacie skroniowym chorego podtrzymywano w pozycji siedzącej.

4) Kol. Gruca A. przedstawia 21-letnią chorą *z zupełnem porażeniem obu kończyn dolnych — leczoną operacyjnie.* M. S. w r. 2-gim życia przebyła chorobę Heine - Medina — po której pozostało jej porażenie zupełne obu nóg; do 18 roku życia nie chodziła zupełnie. W 1925 r. zgłosiła się na klinikę chirurgiczną. Na kończynie prawej istniał ślad ruchów palcami, ślad działania zginaczy uda oraz czynny mięsień lędźwiowo biodrowy. Na lewej ślad działania zginaczy uda, czynny mięsień ileopsoas. Wszystkie inne mięśnie łącznie z pośladkowemi były porażone zupełnie. Obie kończyny wysoce niedorozwinięte przykurczone były pod kątem prostym w obu stawach biodrowych, pod kątem ostrym w kolanach, a w pozycji końsko-szpotawej w stopach. U chorej w kilku etapach wyprostowano przykurcze — potem na kolanie prawem przeszczepiono dwa zginacze na rzepkę. Kolano lewe usztywniono — następnie usztywniono sposobem Alberta oba stawy skokowe (operacje wykonał Prof. Schramm) a w końcu napinacz powięzi szerokiej odłuszczono od kości biodrowej, obrócono o 180° i przyszyto do powięzi lędźwiowej nieco ku przodowi od tylnego górnego kolca biodrowego. Obecnie chora stoi bez pomocy, chodzi o dwu laskach bez aparatów i z czasem będzie mogła chodzić o jednej lasce. Wszystkie zabiegi dały wynik dodatni. Częściowo wynik jest tylko w prawym stawie skokowym, gdzie usztywnienie jest niezupełne. Podobnie ciężkich przypadków porażeń leczono operacyjnie w klinice kilkanaście, uzyskując we wszystkich umożliwienie chodzenia. Kończyny podobnie porażone można uczynić użytecznemi przez odpowiednie aparaty. Jest to jednak leczenie nienowożytne, nieekonomiczne i paljatywne tylko, gdyż chory bez aparatu pozostaje nadal kaleką — podczas gdy po operacyjnym zabiegu można mówić o trwałem usunięciu kalectwa.

W dyskusji Kol. Tennenbaum S. podkreśla dobry wynik zabiegów operacyjnych, ale i aparatami ortopedycznemi można takie wyniki uzyskać. Opis własnego przypadku.

5) Kol. Elmer W. i Scheps M. przedstawiają i omawiają dalsze spostrzeżenia *nad leczeniem parathormonem Collipa w tężyczce.* (Przeznaczone do druku w P. G. L.).

6) Kol. Demianowski wygłasza odczyt p. t. *„Kokainizm"*.

W dyskusji Kol. Dobrzański omawia stosowanie kokainy w zabiegach laryngologicznych, podkreśla jej wielkie znaczenie. Kokainizmu w praktyce laryngologicznej nie spotyka się. Przedstawia procesy wchłaniania się kokainy na podstawie własnych badań doświadczalnych. — Kol. Legeżyński St. zapytuje o bliższe znaczenie pojęcia „sportowiec" jako zawodu, dysponującego według prelegenta do kokainizmu, podkreśla brak uwzględnienia czynnika społecznego w doprowadzaniu do omawianych nałogów. Kol. Demianowski H. odpowiada, że: zawód sportowca cytował z prac autorów zagranicznych — omawia odrębne właściwości psychiczne prowadzące jednych do morfinizmu, drugich do alkoholizmu i kokainizmu.

Sekretarz: *St. Legeżyński.*

Polskie Towarzystwo Biologiczne Oddział we Lwowie.

Protokół z posiedzenia z dnia 21 października 1929.
Przewodniczący: Prof. Dr. Marjan Franke.

1) Kol. Elmer, przedstawił dwie prace wykonane wspólnie z kol. Ptaszkiem i Schepsem, pod tytułem: a) O przemianie spoczynkowej i współczynniku oddechowym u chorych cukrzycowych i b) O wpływie insuliny na przemianę spoczynkową i współczynnik oddechowy w cukrzycy.

Autorowie doszli do wniosku, że zachowanie się przemiany spoczynkowej i współczynnika oddechowego nie idzie w parze z objawami ciężkości cukrzycy, a podanie insuliny wpływa w większości przypadków na wzrost przemiany gazowej, zawsze zaś na wzrost współczynnika oddechowego.

2) Kol. Ptaszek referował pracę wykonaną wspólnie z kol. Jankowskim p. t.: Diatermja a tarczyca Cz. II, w której podnosi znaczenie lecznicze nagrzewań tarczycy diatermją w przypadkach jej nadczynności i niedomogi. Ponadto autorowie wyjaśniają mechanizm wpływu diatermji na tarczycę, opierając się na badaniach przemiany spoczynkowej.

3) Kol. Sembrat przedstawił wyniki swej pracy pod tytułem: Aparat Golgiego i wakuom w komórkach płciowych męskich Dendrocoelum lacteum Müll. i Planaria gonocephla Dug. (Turbellaria Tricladidea), w której na materjale utrwalonym i w komórkach barwionych śródżyciowo stwierdza w spermatocytach i spermatydach wypławków wymienionych w tytule, obecność aparatu Golgiego, mitochondrjów i wakuom.

4) Kol. Rosenbusch w pracy p. t. o Zapasie zasad i ciałach aromatycznych we krwi w toksycznej niedomodze nerkowej, przedstawia zmiany jakie występują we krwi zwierzęcej przy zatruwaniu zwierząt rozmaitemi związkami nefrotoksycznemi.

5) Prof. Dr. Franke, w pracy p. t.: Tło anatomiczne retencji ciał azotowych w zmianach nerkowych u psów, przedstawia obraz azotemji i zmiany mikroskopowe w miąższu nerkowym jak i w korze, występujące zależnie od czynników nefrotoksycznych wprowadzonych do ustroju i uzależnia retencję azotu pozabiałkowego od zmian w kanalikach krętych.

Na zakończenie posiedzenia komunikuje przewodniczący celem ustalenia terminu posiedzeń naukowych stały dzień i godzinę zebrań, a to: posiedzenia naukowe Pol. Tow. Biolog. Lwów, będą się na przyszłość stale odbywać w drugi poniedziałek w miesiącu o godzinie 18 i 30 minut w sali Instytutu Zoologji U. J. K. (Stary gmach Uniwersytetu II. piętro).

Na tem posiedzenie zamknięto.

SPRAWY ZAWODOWE.

Wynagrodzenie lekarzy Kasy Chorych w Warszawie.

Wynagrodzenie lekarzy Kasy Chorych w Warszawie składa się z:

a) Płacy zasadniczej za godzinę pracy w czasie od 1-go lipca do 30-go września 1929 r. — 8 zł., od 1-go października 1929 roku — 8 z. 40 gr.

W razie zmiany warunków ekonomicznych w dniu 1 stycznia lub 1 lipca, każda ze stron może zażądać rewizji płac; w razie niedojścia do porozumienia, sprawę rozstrzyga się według zasad § 4-go.

b) Dodatku za lata pracy w Kasie Chorych w wysokości 10% płacy zasadniczej za każde trzy lata do wysokości 50% uposażenia.

c) Dodatku za specjalizację w wysokści od 10—25% płacy zasadniczej.

d) Niestałego wynagrodzenia za wizyty na mieście i poszczególne zabiegi określone na podstawie załącznika Nr. 2 do umowy niniejszej.

Wszystkie godziny ordynacyjne (etatowe, nieetatowe, dodatkowe), płatne są jednorazowo.

Wynagrodzenie (punkty a, b i c) lekarze otrzymywać będą w terminach wyznaczonych przez Zarząd Kasy Chorych nie rzadziej jednak niż co miesiąc i nie później niż ostatniego dnia każdego miesiąca.

Wynagrodzenie niestałe lekarzy otrzymuje się po przedstawieniu rachunku nie później niż 10 dnia następnego miesiąca.

Lekarzom wyjeżdżającym na urlop wypoczynkowy Zarząd Kasy wypłaca w miarę możności, zgóry, pełne uposażenie za cały miesiąc, nie później niż ostatniego dnia przed urlopem.

Lekarzom zaangażowanym do Kasy Chorych m. Warszawy z innych Kas Chorych mogą być zaliczone przez Zarząd Kasy lata pracy w tych Kasach do wysługi lat.

Integralną część umowy niniejszej stanowią trzy załączniki, a mianowicie 1) przepisy o dodatkach dla lekarzy Kasy Chorych miasta Warszawy; 2) cennik; 3) deklaracja.

I. Lekarze Kasy Chorych otrzymują wynagrodzenie w stosunku do lat przepracowanych w Kasie oraz do lat pracy w swojej specjalności.

II. Określenie lat pracy w Kasie Chorych dokonywa Zarząd Kasy Chorych. Lata pracy liczą się od dnia pisemnego zaangażowania lekarza do pracy w Kasie Chorych i o ile jest zachowana ciągłość pracy.

III. Dodatki za lata pracy wypłacają się każdemu lekarzowi po upływie trzech lat w Kasie Chorych, przyczem za każde trzy lata dodatek 10% zasadniczego uposażenia, przyznawany dwa razy do roku (1 stycznia i 1 lipca każdego roku kalendarzowego). Ogólna suma dodatku za lata pracy w Kasie Chorych, nie może przekraczać 50%.

IV. Dodatki za specjalizację mogą być przyznawane wyłącznie lekarzom specjalistom za lata praktyki w obranej specjalności. Jako specjalność uznaje się: a) choroby wewnętrzne lub poszczególne ich gałęzie, b) choroby nerwowe, c) chirurgja, ortopedja, urologja, d) laryngologja, otjatrja, rynologja, okulistyka, e) ginekologja, f) choroby dzieci, g) choroby skórne i weneryczne, h) roentgenologja, i) fizjoterapja i j) praca w laboratorjum.

Lekarze dzielnicowi i rejonowi, o ile nie są specjalistami, kwalifikują się według lat praktyki w zakresie medycyny administracyjno-lekarskiej lub ogólnej według uznania Zarządu Kasy.

V. Specjalista, który pragnie otrzymać dodatki za specjalizację, winien wnieść podanie i udowodnić rok, w którym rozpoczął pracę nad obraną specjalnością przez przedstawienie: a) zaświadczeń z odbytych studjów w klinikach, szpitalach, laboratorjach i t. p.; b) prac naukowych drukowanych; c) w razie braku tych obu świadectw zaświadczeń dwóch lekarzy praktykujących w Kasie Chorych o odbytych studjach.

VI. Za pełne 10 lat praktyki w obranej specjalności lekarz otrzymuje dodatek w wysokości 10% całkowitych poborów, za lat 15 do 15%, za 20 lat 20%, za 25 lat 25%.

Dodatki za specjalizację nie mogą przekraczać 25%.

VII. Dodatki za specjalizację otrzymuje lekarz po przesłużeniu w Kasie Chorych conajmniej jednego roku.

VIII. Określenie lat pracy w danej specjalności dokonywa Komisja Weryfikacyjna w składzie następującym: a) dwóch lekarzy przedstawicieli Zarządu Kasy; b) dwóch lekarzy przedstawicieli Zrzeszenia Lekarskiego Kas Chorych; c) jako przewodniczący delegat Rady Lekarskiej.

Za wizytę na mieście Kasa Chorych płaci — „a". (Opłata za godzinę pracy ambulatoryjnej).

Za wizyty dzienne w dzielnicach odległych, podmiejskich lub zamiejskich, może Kasa Chorych płacić wynagrodzenie stosownie do ilości godzin straconych przez lekarzy dla ich załatwienia przy obliczeniu za godzinę nie mniej „a", lub też zwrócić ich rzeczywiste wydatki podług cennika obowiązującego w danej miejscowości. Środki przewozowe — samochód lub konie, powinne być dostarczone przez administrację Kasy.

Wizyta na zlecenie lekarza dzielnicowego dla lekarzy specjalistów i lekarzy rejonowych w innych rejonach — płatne są jednostkowo — równa się „a".

Wizyty nocne i w dni świąteczne, oraz konsylja — liczą się podwójnie. Za wizyty nocne uważane są wizyty od godz. 8-mej wiecz. do godz. 8-mej rano.

Jeżeli w jednem i tem samem mieszkaniu lekarz udziela porady kilku pacjentom, cierpiącym na choroby, które wymagają osobnych zabiegów lekarskich, honorarjum jego składa się z całkowitej płacy za poradę pierwszą i o połowę mniejszą za każdą poradę następną.

W wypadkach wezwań pod adresem fałszywym lub nieścisłym, o ile adres został podany przez Kasę Chorych — honorarjum wypłaca się tak jak za wizyty załatwione.

Każde wezwanie lekarza powinno odbywać się zapomocą specjalnych druków „żetonów".

Cennik za zabiegi ginekologiczne: 1) Zabiegi proste (zeszycie krocza, skrobanie instrumentalne) — 5 a; 2) zabiegi złożone (kleszcze, obrót, usunięcie łożyska, wymóżdżenie, rozkawałkowanie) — 8 a; 3) usunięcie łożyska ręczne (bez narkozy) — 2 a; 4) chloroformowanie (resp. asystentura) — 2 a.

Cennik zabiegów chirurgicznych: 1) nacięcie ropnia (ewent. ropowicy, wąglika), szew, podwiązanie naczynia, przekłucie bębenka, tamponada nosa, nacięcie ropnia okołomigdałkowego, cewnikowanie, odprowadzanie przepukliny, nakłucie opłucnej, nałożenie opatrunku ustalającego przy złamaniach obojczyka, przedramienia, kostki i stopy — 2 a. — 2) Opatrunki ustalające przy złamaniach uda, ramienia lub podudzia, wlewanie dożylne lub podskórne, nacięcie ropnia z sutka, ropnia około-odbytnicowego, nastawienie zwichnięcia, nacięcie żyły (venaesectio) — 3 a. — 3) Wyssanie wysięku opłucnej (punctio et aspiratio), nakłucie brzucha (ascites), nakłucie lędźwiowe — 4 a.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Kurs analiz lekarskich. Państwowy Zakład Higjeny zawiadamia, że kurs analiz lekarskich rozpocznie się dnia 8 stycznia 1930 r. i trwać będzie z jednotygodniową przerwą podczas Świąt Wielkanocnych, do dnia 1 lipca 1930 r. Program kursu obejmować będzie w zasadzie całokształt badań, potrzebnych do wykonywania analiz lekarskich: a) z bakterjologji: diagnostykę bakterjologiczną chorób zakaźnych, b) z serologji: serodiagnostykę chorób zakaźnych, serodiagnostykę kiły, c) z mikroskopji klinicznej: hematologię, badania na zimnicę, krętkowice, robaki, grzybki chorobotwórcze, d) badania chemiczne i mikroskopowe moczu, kału, treści żołądka, płynu mózgowo-rdzeniowego, wysięków itp., e) z chemji klinicznej: badania ilościowe moczu i krwi, f) podstawowe wiadomości z anatomji, histologji i fizjologji.

Kierownikiem kursu będzie Doc. Dr. H. Sparrow, adjunkt Państwowego Zakładu Higjeny.

Wykładać będą:

Bakterjologję — Doc. Dr. H. Sparrow, adjunkt Państwowego Zakładu Higjeny, zajęcia praktyczne pod kierunkiem p. H. Rabinowiczówny, asystent. Zakładu.

Serologję — Prof. Dr. L. Hirszfeld, Dyrektor Państwowego Zakładu Higjeny.

Hematologję i mikroskopję kliniczną — Dr. Górecki, st. asystent II. Kliniki Wewnętrznej.

Grzybki chorobotwórcze — Dr. Kapuściński, st. asystent Kliniki Dermatolog.

Parazytologję — Prof. Dr. Błędowski.

Zajęcia trwać będą od 9-ej do 2-ej pp. Wykłady 1—2 godziny dziennie, reszta zajęcia praktyczne.

W czasie trwania kursu odbywać się będą colloquia po ukończeniu działu. Po skończonym kursie odbędzie się egzamin wobec komisji urzędowej, po którym słuchacze otrzymają świadectwa tymczasowe, stwierdzające, że są pod względem naukowym przygotowani do wykonywania badań lekarskich.

Następnie Państwowy Zakład Higjeny będzie wymagał po ukończeniu kursu półrocznej praktyki w jednej z pracowni, zaaprobowanych przez Zakład, poczem Państwowy Zakład Higjeny wyda świadectwo, które będzie dawało prawo do uzyskania zezwolenia (koncesji), na samodzielne prowadzenie pracowni analiz lekarskich.

Kwalifikacje potrzebne do przyjęcia na kurs: ukończone studja wyższe, I) lekarskie, II) farmaceutyczne, III) przyrodnicze, IV) chemiczne. Wyłączona jest Wolna Wszechnica, która na razie nie jest przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego uznana za równorzędną z uczelniami wyższemi.

Kandydaci nieposiadający wyższych studjów, mogą być przyjmowani jako wolni słuchacze, niemający prawa do świadectwa.

Opłaty za kurs wynosić będą: wpisowe Zł 100., następnie Zł 100 miesięcznie, płatnych z góry 15-go każdego miesiąca.

Bardzo pożądany jest własny mikroskop, gdyż Państwowy Zakład Higjeny nie daje gwarancji, że każdemu słuchaczowi dostarczy oddzielny mikroskop.

WWPP. reflektujących na przyjęcie na kurs, prosimy uprzejmie o nadesłanie najpóźniej do dnia 7 grudnia 1929 r. pod adresem: Państwowy Zakład Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, Kierownik kursu Analiz Lekarskich, Doc. Dr. Sparrow, 1) podania, 2) curriculum vitae, 3) kopji dyplomu, 4) świadectwa z odbytej praktyki, względnie kursów, mających związek z analizami lekarskiemi.

Około 15 grudnia 1929 r. Państwowy Zakład Higjeny roześle zawiadomienia, czy kandydat został przyjęty, czy nie.

Kandydaci przyjęci obowiązani będą wpłacić najpóźniej do dnia 7 stycznia 1930 r. pod wyżej wymienionym adresem wpisowe, w sumie Zł 100, — zaś dnia 8 stycznia 1930 r. stawić się na kurs i wnieść opłatę za pierwszy miesiąc.

Pomoc lekarska inwalidom wojennym. Komisarjat rządowy Ogólnopaństwowego Związku Kas Chorych pismem z dnia 16. X. r. b. komunikuje nam, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, postanowiło poruczyć leczenie inwalidów wojennych Kasom Chorych. Liczba inwalidów woj. wynosi w Państwie Polskiem około 140 tys. osób, w tem 90 tys. uznanych za niezdolnych do pracy. Inwalidzi będą leczeni (o ile nie mają do tego innego tytułu) jedynie na choroby, pozostające w związku przyczynowym ze stanem inwalidztwa. Przejście to inwalidów pod opiekę lekarską Kas Chorych nastąpić ma z dn. I. XI. r. b., albowiem w dniu tym Ministerstwo P. i Op. S. przejmuje od Min. Spr. Wojskowych leczenie inwalidów. Zwracamy na tę okoliczność uwagę naszych Kolegów-lekarzy kasowych, zwłaszcza z dzielnic Polski Zachodniej.

Liczba lekarzy w Warszawie. Według danych Wydziału Zdrowia Komisarjatu Rządu było w Warszawie w d. 1 stycznia 1929 r. 2118 lekarzy. W ciągu r. b. zmarło 24 lekarzy, wyjechało 16, przybyło 220; ogólna liczba lekarzy wynosi 2296; najmłodszy liczy lat 24, najstarszy 91.

Odczyty. W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy, Warszawa, Widok 23, odbyły się w listopadzie 1929 r. dla członków i wprowadzonych gości odczyty wraz z dyskusją. 8. listopada piątek. Dr. Bolesław Jakimiak I. Rola i zadania organizacyj społeczno-lekarskich. II. Wynagrodzenia, uposażenia i zabezpieczenia emerytalne lekarzy i ich rodzin, a 22 listopada, piątek: prof. Gabryel Tałwiński: O zamieszkalności planet.

Wykłady Dr. Wroczyńskiego w Uniwersytecie Poznańskim. Dr. Czesław Wroczyński, b. dyrektor Służby Zdrowia w Min. Spr. Wewn. i naczelnik Urzędu Zdrowia Magistratu m. Warszawy wygłosił, względnie wygłosi w czasie od 26. X. do 7. XII. r. b. cykl wykładów z zakresu medycyny społecznej na tematy następujące: 1) Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość medycyny społecznej, 2) Metody pracy medycyny społecznej, 3) Najważniejsze kierunki pracy medycyny zapobiegawczej, 4) Ubezpieczenia społeczne, 5) Walka z gruźlicą, 6) Opieka nad matką, niemowlęciem i dzieckiem, 7) Walka z alkoholizmem i chorobami wenerycznemi, 8) Organizacja publicznej służby zdrowia.

Wspierajcie niezdolnych do pracy lekarzy, dopomagajcie Wdowom i Sierotom po Lekarzach, zapisujcie się na członków Rodziny Lekarskiej. Budujmy Schronisko dla Wdów i Sierót po Lekarzach. Conto Rodziny Lekarskiej P. K. O. 15922. Conto Budowy Schroniska P. K. O. 18235.

W związku z zakończeniem Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu, dowiadujemy się, że Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn Sp. Akc. w Warszawie wystawiały preparaty swe po za konkursem.

Kraków.

Otwarcie Zakładu Laryngologicznego. W dniu 7. XI. b. r. odbyło się uroczyste otwarcie znacznym kosztem wybudowanego oddziału laryngologiczno-usznego przy szpitalu krakowskiej gminy żyd. Otwarcia zakładu dokonał prezydent gminy żyd. dr. Rafał Landau, a podnosząc znaczenie szpitala dla najszerszych warstw ludności, złożył życzenia dalszego pomyślnego rozwoju szpitala dla dobra cierpiących. Kierownicy oddziału pp. dr. Spira i dr. Schwarzbart obejmując zakład, złożyli podziękowanie radzie i prezydentowi gminy za opiekę, jaką otaczają szpital.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXV. Posiedzenie naukowe odbyło się dn. 8 listopada b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Z. Chrapek i J. Aleksiewicz: a) Usunięcie mięsaka szyji z podwiązaniem tętnicy szyjnej zewnętrznej; b) Zapalenie szpiku kostnego żeber po wycięciu (pokaz); 2) Kol. H. Mierzecki: Mięsaki mnogie skóry (pokaz); 3) Kol. Z. Tomanek: Ze studjów zagranicznych nad gruźlicą płuc (wykład). W dyskusji zabierali głos kol.: Salpeter i Goldschlag.

Wilno.

Z uroczystości 350-lecia Uniwersytetu Stefana Batorego. Podczas uroczystości jubileuszowej w akademickim kościele św. Jana prezes P. T. L. W. wygłosił przemówienie następujące:

Magnificencjo, Dostojne Zgromadzenie!

Z uczuciem głębokiego wzruszenia, w imieniu lekarzy weterynaryjnych Rzeczypospolitej Polskiej zabieram dziś głos w murach Almae Matris Batoreanae podczas 350-letniej rocznicy powołania do życia świetnej Wszechnicy.

Z tem głębokiem wzruszeniem pragnę do wieńca laurowego, składanego dzisiaj Wszechnicy Wileńskiej, wpleść jeden jeszcze liść. Uniwersytet Wileński przed setką zgórą lat był pierwszą uczelnią polską, w której medycyna weterynaryjna, ta jedna z najmłodszych w pojęciu nowoczesnem dyscyplin, została potraktowana jako wiedza, której udzielono poziomu studjów wyższych.

Uniwersytet Wileński jest kolebką studjów medycyny weterynaryjnej w Polsce. W jego murach w latach 1806—1824 wykłada

pierwszy w Polsce nauki weterynaryjne alzatczyk—profesor Ludwik Henryk Bojanus. Jego uczniowie wileńscy Ferdynand Adamowicz (1802—1881) i Karol Muyschel (1779—1843) stają się pierwszymi polakami profesorami medycyny weterynaryjnej. Z Wilna wychodzi pierwszy zastęp 182 lekarzy weterynaryjnych z dyplomami uniwersyteckiemi. Po zamarciu blasków ogniska wileńskiego długi czas pozostaje luka niezastąpiona w rozwoju polskiej myśli naukowej w tej dziedzinie.

Z tym hołdem staję dzisiaj w dniu święta Wszechnicy. I niech ten liść w wieńcu sławnej przeszłości przyczyni się do tem większej chwały Wszechnicy, która już przed laty umiała spojrzeniem głębokiem ogarnąć szerokie horyzonty rozwijających się nowych dziedzin nauki i powstających nowych potrzeb społecznych.

W imieniu lekarzy weterynaryjnych Rzeczypospolitej Polskiej składam Wszechnicy Wileńskiej gorące życzenia, aby z Jej kuźnic wiedzy w nieskończone lata szły szeregi pracowników niosących z najwyższą ofiarnością i tym cudnym, gorącym patrjotyzmem wileńskim swą wiedzę i umiejętność na chwałę i na pożytek Ojczyzny i nauki polskiej.

Quod felix, faustum fortunatumque sit!

Z kraju.

III. Zjazd Lekarski w Krynicy od dnia 4—6 stycznia 1930 roku. Program: 4-go stycznia 1930 r. Godzina 10. Otwarcie Zjazdu przez prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy Dra Stanisława Lewickiego. Wybór Prezydjum Zjazdu. Przemówienia oficjalne. Godzina 11. Posiedzenie naukowe: 1. Prof. Dr. Wincenty Jezierski (Poznań): Wpływ hormonów na akcje serca. 2. Doc. Dr. Antoni Sabatowski (Lwów): Zimowe leczenie uzdrowiskowe w stosunku do zjawisk okresowych w biologji człowieka. Godzina 12—14. Imprezy sportowe (Międzynarodowe zawody hokeyowe Węgry—Polska). Godzina 14. Śniadanie, wydane przez Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy. Godzina 16.30. Posiedzenie naukowe: 3. Dr. Jakób Węgierko (Warszawa): Istota i leczenie nerwic wegetatywnych. 4. Dr. Teofil Kucharski (Poznań): O stosowaniu i skuteczności hormonów w praktyce lekarskiej. 5. Prof. Dr. Marjan Franke (Lwów): Ważność badania przemiany spoczynkowej (podstawowej) w schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. 6. Doc. Dr. Aleksander Oszacki (Kraków): Znaczenie badania gazów dla rozpoznawania i leczenia chorób wewnętrznych. 7. Prof. Dr. Rafał Radziwiłłowicz (Wilno): Układ autonomiczny, a wydzielanie wewnętrzne. Dyskusja. — 5-go stycznia 1930 r. Godzina 8—10. Zwiedzanie zdrojowiska. Godzina 10. Posiedzenie naukowe: 8. Dr. Maksymiljan Blassberg (Kraków): Nowoczesne leczenie cukrzycy w zdrojowiskach. 9. Doc. Dr. Filiński (Warszawa): Rola przemiany materji w zaburzeniach krążenia i wytyczne w ich leczeniu. 10. Dr. Anastazy Landau (Warszawa): Współczesne poglądy na istotę i leczenie moczówki cukrowej. 11. Dr. Artur Chwalibogowski (Lwów): Cukrzyca u dzieci. 12. Dr. Jakób Węgierko (Warszawa): Leczenie cukrzycy w świetle dawnych i nowych poglądów. 13. Doc. Dr. Franciszek Łabendziński (Poznań): Insulina a narząd krążenia. Dyskusja. Godzina 16.30 Posiedzenie naukowe: 14. Prof. Dr. Franciszek Groer (Lwów): Rola skóry w chemiźmie wewnętrznym ustroju. 15. Doc. Dr. Stanisław Klejn (Warszawa): Rola wątroby w gospodarce wodnej ustroju. 16. Doc. Dr. Mieczysław Wierzuchowski (Warszawa): Cukrowa przemiana materji z punktu widzenia klinicznego. 17. Dr. Witold Skórczewski (Krynica): Wpływ leczenia kąpielowego w Krynicy na obraz ortodiagraficzny serca. 18. Doc. Dr. Adam Elektorowicz (Warszawa): Znaczenie kliniczne badania roentgenologicznego w schorzeniach kiszek grubych. Godzina 21. Bankiet dla uczestników Zjazdu wydany przez Zarząd Zdrojowy, Zwierzchność Gminną i Komisję Zdrojową. — 6-go stycznia 1930 r. Godzina 10. Posiedzenie naukowe: 19. Dr. Samuel Liniecki (Łódź): Gościec przewlekły a zaburzenia hormonalne. 20. Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski (Warszawa): temat zastrzeżony. 21. Prof. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków): temat zastrzeżony. Dyskusja. Godzina 12—14. Imprezy sportowe (zawody narciarskie, skoki). Godzina 16.30. Posiedzenie naukowe: 22. Dr. Franciszek Kmietowicz iunior (Lwów): Wchłanianie bezwodnika przez skórę w czasie kąpieli kwasowęglowej. 23. Prof. Dr. Tadeusz Tempka i Dr. Kubiczek (Kraków, doniesienie tymczasowe): Wpływ Zubera na cholesterynę w ustroju zdrowym i chorym, w porównaniu z działaniem analogicznem innych wód. 24. Dr. Bronisław Braun (Kraków): Wpływ Zubera na przemianę spoczynkową oraz równowagę kwasowo-zasadową w przebiegu schorzeń gruczołów dokrewnych, zwłaszcza hypertyreoz. 25. Doc. Dr. Włodzimierz Filiński i Dr. Zofja Franio (Warszawa): Badania nad wpływem zdroju Zubera na wydzielanie żołądkowe. 26. Badania kliniczne nad wpływem wody ze źródła Karola w Iwoniczu: Dr. Jerzy Rejchan (Kraków): a) Wydzielanie treści żołądkowej. Dr. Leon Tochowicz (Kraków): b) Wydzielanie treści dwunastnicowej. c) Przemiana spoczynkowa. Dyskusja. Zamknięcie Zjazdu. Godzina 22. Raut i Bal lekarski w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego. Podczas Zjazdu czynną będzie Wystawa środków leczniczych. Warunki uczestnictwa: Wkładka członkowska 40 Zł, wkładka osoby towarzyszącej 30 Zł. Karta uczestnictwa upoważnia do udziału w posiedzeniach i zwiedzaniu zdrojowiska, bezpłatnej kwatery, udziału w dwóch przyjęciach Zjazdu przez Stowarzyszenie Lekarzy i Władze miejscowe, udziału w raucie i balu lekarskim, bezpłatnych zabiegów leczniczych i zniżki kolejowej w drodze powrotnej. Członkowie Zjazdu otrzymają bezpłatnie po wydrukowaniu Pamiętnik III. Zjazdu ze wszystkiemi przemówieniami i dyskusją in extenso. Zgłoszenia uczestnictwa przyjmuje sekretarz generalny Zjazdu: Dr. Witold Skórczewski, Krynica. Dr. Witold Skórczewski Sekretarz generalny III. Zjazdu Lekarskiego. Dr. Stanisław Lewicki Prezes Stowarzyszenia Lekarzy. — Imprezy sportowe będą obejmowały: Zawody hokeyowe, zawody narciarskie, skoki narciarskie z wielkiej skoczni, zawody saneczkowe, popisy w sztucznej jeździe na lodzie.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za m. wrzesień 1929 r. W Zarządzie Centralnym. Mianowani: Dr.Rudolfowa Marja, pracownik kontraktowy w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie, do odwołania referendarzem w VII st. sł. dekretem z dnia 3. IX. 1929. — Dr. Wiesenberg Emil, prowizoryczny Radca ministerjalny w VI st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie, Radcą ministerjalnym w VI st. sł. dekretem z dnia 25. IX. 1929. — Strowski Jerzy, prowizoryczny Radca ministerjalny w VI st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie, Radcą ministerjalnym w VI st. sł. dekretem z dnia 25. IX. 1929. — Przeniesieni w stan spoczynku: Zajkowska Janina, regestrator w IX st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie, z dniem 30 września 1929 r. w myśl art. 29 ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia: Mianowani: Inż. Bocianowski Czesław, pracownik kontraktowy w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, do odwołania asystentem w VIII st. sł. tamże dekretem z dnia 25. IX. 1929. — Dr. Ostrowski Stanisław, prowizoryczny prymarjusz w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu powszechnym we Lwowie, prymarjuszem w VII st. sł. na oddziale chorób skórnych w Państwowym Szpitalu Powszechnym we Lwowie dekretem z dnia 25. IX. 1929 r. — Dr. Laskownicki Stanisław, urzędnik I kategorji w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu Powszechnym we Lwowie, prymarjuszem w VII st. sł. na oddziale urologicznym w Państwowym Szpitalu Powszechnym we Lwowie dekretem z dnia 25. IX. 1929 r. — Dr. Garbień Albin, prowizoryczny asystent w VIII st. sł. w Państwowej Szkole Położnych we Lwowie, prowizorycznym asystentem w VIII st. sł. w Państwowej Szkole Położnych we Lwowie na przeciąg dalszych 2-ch lat, t. j. do dnia 5 października 1931 r. dekretem z dnia 20. IX. 1929 r. — Dr. Kacprzak Marcin, prowizoryczny Kierownik Oddziału w VI st sł. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie, Kierownikiem Oddziału w VI st. sł. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie dekretem z dnia 28. IX. 1929 r. — Inż. Szniolis Aleksander, prowizoryczny Kierownik Odziału w VI st. sł. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie, Kierownikiem Oddziału techniki sanitarnej w VI st. sł. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie dekretem z dnia 30. IX. 1929 r.

W Władzach II instancji. Mianowani: Dr. Ostromęcki Bohdan, prowizoryczny Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Kielcach, Naczelnikiem Wydziału w V st. sł. w tymże Urzędzie dekretem z dnia 18. IX 1929 r. — Przeniesieni: Dr. Domański Zygmunt, Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Nowogródku, z dniem 1 września 1929 r. na takież stanowisko do Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu. — Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Górski Józef, Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu, z dniem 1 września 1929 r. na podstawie art. 29 b ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923 r.

We Władzach I instancji. Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Ziętak Władysław, przeniesiony w stan nieczynny lekarz powiatowy w VI st. sł. w Bydgoszczy, z dniem 30 września 1929 r. na własną prośbę w myśl art. 28 ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923 r. — Dr. Zagota Antoni, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Siedlcach, z dniem 30 września 1929 r. w myśl art. 29 ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923 r. — Zwolnieni: Dr. Romecki Bronisław, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Brześciu n/Bugiem, na własną prośbę zgodnie z postanowieniem art. 60 ustawy o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 30 września 1929 r.